平成17年度　独立行政法人国際協力機構　客員研究員報告書

保健医療セクターにおける「総合的品質管理（TQM）手法」による組織強化の研究

平成18年6月

独立行政法人 国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
JR
05-21

保健医療セクターにおける「総合的品質管理（TQM）手法」による組織強化の研究

平成18年6月

独立行政法人 国際協力機構 国際協力総合研修所

ISBN4-902715-79-1

JICA
ジャイカ

保健医療セクターにおける「総合的品質管理（TQM）手法」による組織強化の研究

長谷川　敏彦

国立保健医療科学院政策科学部

平成18年6月

独立行政法人国際協力機構
国 際 協 力 総 合 研 修 所

本報告書は、平成17年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究成果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

本報告書及び他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構Webサイトにて公開しております。

URL: http://www.jica.go.jp/

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

発行：独立行政法人国際協力機構　国際協力総合研修所　調査研究グループ
〒162-8433　東京都新宿区市谷本村町10-5
FAX：03-3269-2185
E-mail: iictae@jica.go.jp

序　文

本報告書は、先進国及び日本、そして開発途上国における医療の質向上活動の現状を総括した、これまでに類を見ない研究報告である。というのも、日本の医療界では医療の質の取り組みがほかの先進国に比して遅れており、また開発途上国においても一般には遅れているとされ、その包括的な調査研究が行われてこなかったからである。

この度、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）の助成を得て、タイやスリランカの現地調査に基づき、またこれまで開発途上国の医療の質向上活動に関係してこられた専門家の協力を得て、アジア４ヵ国、アフリカ１ヵ国、中南米と世界各国の現状や、日本での取り組みを体系的にまとめたのがこの報告書である。加えて、総合的質管理（Total Quality Management: TQM）やクリニカル・ガバナンスなど、基本的な方法の解説も行い、「概念」、「歴史」、「現場での応用例」と包括的な研究報告となっている。

この研究は、主任研究者（筆者）がスリランカでの保健医療セクター全体にかかわる「保健マスタープラン」の開発調査プロジェクトにおいて作業管理委員長を務め、その活動を通して、キャッスルストリート病院のカランダゴダ病院長と知り合ったことに端を発している。彼は独学で日本の産業界でのTQMを学び、創意と工夫でスリランカの病院に応用し成果を挙げていることを発見して、大変驚き、ある意味で、日本の病院の活動より二歩も三歩も先んじていることに尊敬の念を感じたからである。そしてさらに、タイにおけるJICAの社会保険支援プロジェクトの国内委員として、タイでの医療の質改善の活動を知るに至って、これもまた日本より数段優れていることを発見し、日本での病院経営の研究者として恥じ入ったことも追い打ちをかけた。日本はほかの産業界では世界一の品質管理のリーダーとして知られ、逆に医療業界が遅れていることが国際的には奇異に受け止められている。

そこで、これらの進んだ開発途上国での活動を調査し、主任研究者（筆者）が主宰する国立保健医療科学院（National Institute of Public Health: NIPH）でのJICAの研修プログラムによる「病院管理者研修」に資することができないか、あるいはタイなどで医療の質向上の「第三国研修プログラム」の開発などにも寄与できないかと思ったのである。今回の調査研究を通して、医療界でのTQMの重要性をますます認識することができ、国際協力分野での取り組みの必要性を一層強く感じた。

この調査研究は、スリランカのカランダゴダ氏、タイのチャンヴィット氏、アヌワット氏など開発途上国の現場のリーダーや、日本での飯塚氏、飯田氏、上原氏などの先駆的リーダーの協力の賜物である。この場を借りて深く感謝の意を表したい。

この報告が日本の国際協力の新たな領域としてのヒントとなり、そして国際協力の質を向上させ、ひいては世界の医療の質の向上に寄与することを願ってやまない。

2006年６月末日

国立保健医療科学院
政策科学部　部長
長谷川　敏彦

目　次

序文
目次
略語 ……i
要約 ……iii

序章 ……1

１．TQMとは ……3
　１－１　TQMの定義 ……3
　１－２　TQMの歴史 ……4
　１－３　TQMの現在 ……6
　１－４　TQMの方法とツール ……7

２．保健医療分野のTQMと日本の経験 ……11
　２－１　医療の質をめぐる国際的・国内的動向 ……11
　２－２　保健医療分野のTQMと質改善活動 ……22
　２－３　日本における病院のTQMの経験 ……28
　２－４　途上国における保健医療分野のTQMの潮流 ……33

３．途上国の事例 ……36
　３－１　途上国の保健医療セクターの特徴 ……36
　３－２　スリランカ ……36
　３－３　タイ ……42
　３－４　フィリピン ……62
　３－５　バングラデシュ ……73
　３－６　ザンビア ……74

４．調査結果のまとめ ……77
　４－１　背景・経緯 ……77
　４－２　トリガーイベントの分析 ……78
　４－３　成功要因の分析 ……80
　４－４　日本と各国の比較・分析 ……81

５．TQMによるキャパシティ・ビルディングの可能性 ……83
　５－１　NIPHにおける保健医療の質管理に関する研修 ……83
　５－２　カリキュラムと特徴 ……83
　５－３　受講者の意見 ……83

６．JICA事業とTQM ……85
６－１　途上国の保健医療分野へのTQMの導入 ……85
６－２　プロジェクト型技術協力におけるTQM ……86
６－３　研修事業におけるTQM ……86
６－４　まとめ ……87

参考文献 ……89
執筆協力者 ……93

資料編

はじめに ……97

１．途上国における保健医療サービスの質管理に関する取り組みについて（上原鳴夫） ……98
２．ザンビアにおける５S活動（圓山誓信） ……103
３．Providing Quality Health Care in the Philippines: Basis and Lessons
（Leizel, P. Lagrada）……110
４．Quality Assurance and Clinical Governance in Bangladesh（Hasan, Aminul）……126

略歴 ……139

図表目次

図１－１　品質管理の変遷 ……6
図１－２　Approach Classification……8
図１－３　バランス・スコアカードの概念図……9
図２－１　国際的潮流……12
図２－２　医療事故をめぐる課題……13
図２－３　安全と質向上のステップ……14
図２－４　病院機能評価　認定施設数歴史推移……16
図２－５　臨床ガイドラインとその応用……19
図２－６　メタ分析評価の研究組織図……21
図２－７　ベンチマーキングとパフォーマンス評価……22
図２－８　ドナベディアンの評価モデル……25
図２－９　PDCAサイクル……26
図２－10　理想的な保健医療サービスの質……30
図３－１　TQM ……40
図３－２　HNQA……46
図３－３　HNQA……48
図３－４　HNQA……48
図３－５　History of HA ……50
図３－６　HA-Thai……52
図３－７　HA-Thai……52
図３－８　サオハイ病院……57
図３－９　ケアプロセス（シリラジ病院）……59
図３－10　ブミポール空軍病院……61
図３－11　ブミポール空軍病院……61
図３－12　ブミポール空軍病院……62
図３－13　Quality Framework of Quality in Health Program ……65
図３－14　Chronological Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines …66
Figure A３－１　Quality Framework of Quality in Health Program ……114
Figure A３－２　Chronological Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines ……114

表１　調査結果のまとめ ……v
表１－１　課題達成型QCストーリーのステップの例……7
表１－２　QCの七つ道具……8
表２－１　医療の３つの革命……11
表２－２　「医療の質」マッピング・マトリックス……14
表２－３　臨床ガイドライン作成に関する研究一覧の例（1999年度）……19
表２－４　クリニカル・ガバナンスの基準……27

表２－５　クリニカル・ガバナンスの10項目……28
表２－６　統一テーマ（練馬総合病院）……32
表３－１　National Quality Assurance Program（NQAP）……38
表３－２　IDA/WB Health Services Project 2005-2010……38
表３－３　改善ポイント（キャッスルストリート女性病院）……40
表３－４　改善ポイント（レディーリッジウェイ病院）……42
表３－５　タイにおけるサービス改善活動年表……45
表３－６　研修の内容……47
表３－７　病院機能評価においてクリアすべき課題……51
表３－８　HA-Thai……52
表３－９　病院機能評価に定められた標準項目……53
表３－10　HA-Thaiの実施している研修コース……54
表３－11　HAの研修カテゴリー……54
表３－12　サオハイ病院が作成した５Sのガイドライン……57
表３－13　Sentrong Sigla Certified Facilities, 1999-2004……65
表３－14　Summary of the Different Institutions/Organizations that Contribute to the Quality Improvement Efforts in the Philippines……67
表３－15　Status of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Programs for Rural Health Units and Health Centers(HCs), September 2005……70
表３－16　Hospital Bill Collection, 2002-2004……71
表４－１　調査結果のまとめ……77
表A１－１　アジア諸国におけるQAの取り組みのマッピング……100
表A１－２　中米諸国におけるQAの取り組みのマッピング……100
表A１－３　途上国の保健医療質管理に関する国際会議及び研修コース……101
表A１－４　途上国の質改善活動に関する学会発表……102
Table A３－１　Sentrong Sigla Certified Facilities, 1999-2004……113
Table A３－２　Summary of the Different Institutions/Organizations that Contribute to the Quality Improvement Efforts in the Philippines……115
Table A３－３　Status of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Programs for Rural Health Units and Health Centers, September 2005……120
Table A３－４　Hospital Bill Collection, 2002-2004……122
Annex A　List of Respondents for the Key Informant Interview……125

Box １－１　バランス・スコアカードとは……9
Box １－２　シックスシグマ（６σ）とは……10
Box A３－１　Quality Improvement Program in a Public Hospital……117
Box A３－２　Some Technical Assistance to Improve Quality of Care from External Sources……119

略　語

略　語	概　要
ANC	**Ante-Natal Care**：出産前（妊産婦）ケア
ARI	**Acute Respiratory Infections**：急性呼吸器感染症
BCC	**Behavioral Change Communication**：行動変容を促すコミュニケーション（活動）
CG	**Clinical Governance**：クリニカル・ガバナンス
CPG	**Clinical Pathway Guideline**：クリニカル・パスのガイドライン
CQI	**Continuous Quality Improvement**：継続的品質改善
CSHW	**Castle Street Hospital for Women**：キャッスルストリート女性病院（スリランカ）
DGHS	**Directorate General of Health Service**：保健医療サービス総局（バングラデシュ）
DOH	**Department of Health**：保健省（フィリピン）
DPC	**Diagnosis Procedure Combination**：診断群分類
EBM	**Evidence-based Medicine**：根拠に基づく医療
EOC	**Emergency Obstetric Care**：救急産科ケア（バングラデシュ）
EPI	**Expanded Program for Immunization**：予防接種拡大プログラム
EPQI	**Evidence Based Participatory Quality Improvement**：根拠に基づいた参加型質改善（活動）
ESB	**Excellent Service Behavior**：理想的なサービス行動
GDP	**Gross Domestic Products**：国内総生産
HA	**Hospital Accreditation**：病院機能評価
HACC	**Hospital Accreditation Cooperation Center**：病院機能評価コーポレーションセンター（タイ）
HA-Thai	**Thailand Hospital Accreditation Agency**：タイ病院評価機構
HIPC	**Heavily Indebted Poor Country**：重債務貧困国
HNPSP	**Health Nutrition and Population Sector Programme**：保健・栄養・人口セクター・プログラム（バングラデシュ）
HNQA	**Hospital Network Quality Audit**：病院ネットワーク品質監査（タイ）
HPSP	**Health and Population Sector Programme**：保健・人口セクター・プログラム（バングラデシュ）
HSRI	**Health System Research Institute**：保健システム研究所（タイ）
ICC	**Infection Control Committee**：感染症管理委員会（タイ）
IMCI	**Integrated Management of Childhood Illness**：子どもの病の統合的管理
IP	**In-patient (Department)**：入院患者
ISO	**International Organization for Standardization**：国際標準化機構
JCAHO	**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**：医療施設認定合同審査会（米国）
LFA	**Logical Frame Approach**：ロジカル・フレーム・アプローチ
LGUs	**Local Government Units**：地方自治体（フィリピン）
MOHFW	**Ministry of Health and Family Welfare**：保健家族福祉省（バングラデシュ）
MQI	**Medical Quality Improvement**：医療の質改善活動（練馬総合病院）
MTEF	**Medium Term Expenditure Framework**：中期予算枠組み（ザンビア）
NDP	**National Demonstration Project**：医療の質改善に関する全米実証プロジェクト
NDP	**National Development Plan**：国家開発計画
NGO	**Non Governmental Organization**：非政府組織
NHSO	**National Health Security Office**：健康保険事務所（タイ）
NIPH	**National Institute of Public Health**：国立保健医療科学院
NQAP	**National Quality Assurance Program**：国家品質保証プログラム（スリランカ、フィリピン）
OFW	**Overseas Filipino Workers**：海外で働くフィリピン人（正式なビザや許可をもっている海外労働者）
OJT	**On the Job Training**
OP (D)	**Out-patient (Department)**：外来患者

略　語	概　　要
OT	**Operation Theater**：手術室
PCAHO	**Philippine Council for Accreditation of Health Care Organizations**：フィリピン医療施設評価評議会
PCM	**Project Cycle Management**：プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDCA	**Plan-Do-Check-Action**：計画－実施－評価－標準化（サイクル）
PDPC	**Process Decision Program Chart**：過程決定計画図
PHC	**Primary Health Care**：基礎的医療
PHIC	**Philippine Health Insurance Corporation**：フィリピン健康保険機構
PI	**Progressive Improvement**：累進的改善
PLA	**Participatory Learning and Action**
PRA	**Participatory Rural Appraisal**：参加型村落調査手法
PRSP	**Poverty Reduction Strategy Paper**
PSQua	**Philippine Society for Quality in Health Care**：フィリピン医療の質協会
QA	**Quality Assurance**：品質保証
QAC	**Quality Assurance Cell**：品質保証室（バングラデシュ）
QAP	**Quality Assurance Program**：質保証プログラム（ザンビア）
QARPDG	**Quality Assurance and Research Policy Development Group**：質保証と調査政策開発グループ（フィリピン）
QC	**Quality Control**：品質管理
QI	**Quality Improvement**：質改善（活動）
QIHP	**Quality Improvement Health Program**：質改善保健プログラム（フィリピン）
QMMC	**Quirino Memorial Medical Center**：クイリノ記念病院
QSS	**Quality Standards System**：質の標準化システム（フィリピン）
RCWN	**Respiratory Care Working Nurse**：呼吸器管理看護師（タイ）
RM	**Risk Management**：リスク管理
SIP	**Strategic Implementation Plan**：戦略的行動計画（バングラデシュ）
SLIDA	**Sri Lanka Institute of Development Administration**：スリランカ開発･経営院
SOP	**Standard Operating Procedure**：標準作業手順
SQC	**Statistics Quality Control**：統計的品質管理
SSM	**Sentrong Sigla (Centers of Vitality) Movement**：活力の中心活動（フィリピン）
SSS	**Social Security Service**
TQM	**Total Quality Management**：総合的質管理
WB	**World Bank**：世界銀行
WHO	**World Health Organization**：世界保健機構

出所：本報告書及び各種資料より作成。

要　約

一般的に、開発途上国に比べ、米国、欧州、日本などの先進国の方が医療サービスの質が高く、途上国から学ぶことはないと思われてきたが、20世紀末から米国、英国、日本などの各国で医療事故が多発し、医療の信頼が揺らいでいる。通常、開発途上国では医療サービスの質向上を検討する以前に、絶対的な医療資源不足への対応を求められている。しかしそのような制約があるにもかかわらず、医療の質改善活動を実施し、成功している開発途上国が出現している。その活動は日本の医療サービスの質改善を推進する上でも学ぶべき内容であり、ほかの途上国においても参考となる。

本研究は、タイやスリランカの現地調査結果と、これまで開発途上国の医療の質向上活動に関係してきた専門家の報告などに基づき、アジア４ヵ国、アフリカ１ヵ国、中南米と世界各国の現状や日本での取り組みを体系的に整理し、トリガーイベントや成功要因を分析した上で、今後のJICAの保健セクターにおける技術協力や研修事業への活用に向けた、より実践的なアプローチを検討することを目的としている。

病院や保健医療分野のTQMを整理する前に、TQMに関する一般概念をまとめた。TQMの歴史的な背景としては、まず日本において、米国で開発された統計的質管理手法（Statistics Quality Control: SQC）を基に日本の産業特性に合致したボトムアップによる品質管理手法（QC（Quality Control）手法）が開発され、広く産業界に伝播した。その基本は無理、無駄、むらをなくすことであり、現場中心の小規模かつ即応型の品質管理手法である。その後、製造現場のみならず間接部門、営業部門を含めた全社的な品質管理の重要性が謳われ、全社的品質管理や総合的品質管理（日本型TQC（Total Quality Control））へと発展していった。その後、製品の品質のみならずサービスの品質管理も範疇としたことから、サービス産業にも応用され、経営の質管理という観点からTQM（総合的質管理、質経営）へと発展した。米国では日本型TQCを基にして、シックスシグマ（6σ）というトップダウン型の品質管理手法が開発され、また経営の質向上という視点ではバランス・スコアカードの概念が生まれ、日本でも採用する企業・団体がある。

保健医療の質をめぐる国際的な潮流は、「第３次医療革命」といわれる評価と説明責任という時代の第２ラウンドに入り、先進国における同時多発的な医療事故の発生に端を発した医療安全、患者安全が提唱されるようになった。その背景には患者の権利意識、法律やIT（Information Technology）化などの技術、制度の革新、そして医療の質が測定できるようになったことがある。

日本では、主に行政は法律及び社会保険制度（診療報酬）による質の統制を行い、そのほか第三者評価機関や、医療者、患者団体などが保健医療の質に関する活動、例えば臨床ガイドラインの作成や臨床指標の分析などを実施している。

保健医療分野へのTQMの活用を考える場合、保健医療サービスの定義を明確にする必要がある。サービス財には、無形性、非分離性、変動性、即時性など特性があり、日本型改善の特徴である無理、無駄、むらを排除する手法が効果的と思われる半面、保健医療分野には、非営利、専門集団、個人主義、能力主義などの特徴があり、日本型改善の長所であるボトムアップ型の手法に向かないという側面もある。よって保健医療サービスの「コア・コンピタンス」（コアの技術要素）は何かを明確にすることが重要であり、病院サービスの質でいえば、まず品質保証において「コア・コンピタンス」を明確にし、実践としてのTQMの活用、さらには医療統制（クリニカル・ガバナンス）の強化により、質向上を目指すことが理想であり、それが世界的な潮流となってきている。

日本の病院におけるTQMは、1980年代から病院ごとに実施されてきたが、1999年に「医療のTQM推進協議会」が発足し、質改善のネットワークが形成された。日本における質改善のきっかけは医療事故であるが、医療安全や患者安全を確保するためには、従来、トレード・オフの関係があるといわれている臨床的側面の質改善と経営的側面の質改善を両立させる必要があることが認識されたことにより、総合的な質改善が推進されるようになってきた経緯があると思われる。その先駆者が練馬総合病院であり、その活動は医療の質改善運動（Medical Quality Improvement: MQI）という名称で現在も推進されている。

途上国におけるTQMの取り組みとしては、東北大学大学院の上原教授が、従来の「質＝高度医療、先進技術」という発想を転換し、適正技術の選択と医療システムとしての質の追求の重要性を挙げ、「日本的品質管理」に着目してその導入・普及を図っている。その手法は根拠に基づいた参加型質改善（活動）（Evidence Based Participatory Quality Improvement: EPQI）という名称で体系的にまとめられ、研修やセミナーなどを通じて中米地域などに普及されている。

本報告では、スリランカ、タイ、フィリピン、バングラデシュ、ザンビアにおける保健医療サービスの質改善の取り組みを事例として取り上げている。元来、途上国の保健医療分野には、資源の圧倒的な不足、アクセスの困難性、支払い能力の低さ、医療従事者のモチベーションの低さ、感染症、傷害中心から生活習慣病への移行（Epidemic Change）など先進国とは異なる大きな課題があり、その制約のなかでTQMが実践されている。

上記事例から導き出せる共通要因を「背景・経緯」、「トリガーイベント（誘発要因）」、「成功要因」の３点から横断的に比較・分析した。「背景・経緯」とは当該国の保健医療分野に質改善が求められる背景や経緯であり、なぜTQMが求められるようになったかを抽出している。「トリガーイベント（誘発要因）」とは質改善活動を始めた「きっかけ」である。通常、現状を変化させるには突破口（Breakthrough）が必要であり、その突破口を誘引する事象がトリガーイベントである。「成功要因」とは質改善活動を成功に導く要因である。

上記の特徴としては「背景・経緯」の多様性が挙げられ、保健医療分野における問題意識の顕在化がトリガーとなっているということは各国共通だが、そこに先駆者がいて初めて改善活動に結びついており、「リーダーシップ」、「プロセス・マネジメント」、「システム・アプローチ」、「ピアレビュー」が成功要因として挙げられる。

「リーダーシップ」とは成功には強いリーダーシップが必要ということ、「プロセス・マネジメント」とは質改善を推進する者は目標を管理するのではなくそのプロセスを管理し、目標は各病院にその文脈に合わせて管理させるということ、「システム・アプローチ」とは各人の能力を向上させるのではなく、病院の機能、システムを改善していくということ、「ピアレビュー」とは１人、１組による改善活動ではなく、複数の同様なグループ活動を形成することにより、切磋琢磨を促すことである。

強弱の差はあるものの、上記４項目は各事例の成功要因として作用しており、TQMを推進する上での主要因（コア・コンピタンス）といえよう。

また、保健医療分野のTQMだからといって、臨床や研究など、保健医療の技術的な領域からの導入を図るのではなく、マネジメントなど他産業と共通の業務から入ることが成功を容易にしている。

TQMの実践では、医療安全、安全管理などに関しては日本に一日の長があり、総合的な病院サービス改善のプロセス構築に関してはタイのアプローチが参考になり、病院サービスに質管理という概念を導入するという観点ではスリランカのアプローチが導入しやすく、フィリピンのア

表１　調査結果のまとめ

	背景・経緯	トリガーイベント	成功要因
日本	製造業におけるQC手法 規制中心（政府・自主規制） 国立病院の独立行政法人化 受益者･国民意識（質に敏感）	重大な医療事故（1999年） 臨床指標、評価手法の開発	リーダーシップ 臨床目標と経営目標の融合 （第三者評価システム）
タイ	急激な経済成長 通貨危機（1997年） 30バーツ政策 民間病院との競合（患者の民間病院への移行）	TQMパイロット・プロジェクト（1992年） ２人のリーダーの出現（HA-Thai[*1]、HNQA[*2]） 病院における労働負荷の増大	リーダーシップ プロセス・マネジメント ピアレビュー 失敗からの学び(段階的導入）
スリランカ	高い院内感染率 他産業におけるTQM 一病院の取り組み 全国展開へ	SLIDA[*3]の講座へのTQMの導入 ある医師の院長就任 他産業よりの評価	リーダーシップ システム・アプローチ 自己完結型（できる範囲での挑戦）
フィリピン	保健医療分野全体の品質管理 地方分権化 立法	必要性の認識 USAID[*4]の支援 海外からの要求	リーダーシップ 海外からの支援 品質管理の受容性
バングラデシュ	QA[*5]の計画段階	（未発現）	（未発現）
ザンビア	脆弱なマネジメント	５S（整理･整頓･清潔･清掃・しつけ）のパイロット的導入	トップのコミットメント 身近な問題への取り組み （臨床的課題以外）

凡例：[*1] HA-Thai（Thailand Hospital Accreditation Agency）＝タイ病院評価機構
[*2] HNQA（Hospital Network Quality Audit）＝病院ネットワーク品質監査
[*3] SLIDA（Sri Lanka Institute Development Administration）＝スリランカ開発・経営院
[*4] USAID（United States Agency for International Development）＝米国国際開発庁
[*5] QA（Quality Assurance）＝品質保証
出所：筆者作成。

プローチは地方分権化を推進している国にとっては参考になり、ザンビアのアプローチは質の概念を理解し実践するための導入としては参考になる。ただし、今後求められる保健医療サービスの質を考える場合、上記の課題すべてを包含する必要があり、それこそが病院におけるTQMとして求められる事項であろう。よってアプローチとしては当該国の実情に合わせて上記を活用しながら、最終的には医療安全や病院経営などを含めた保健医療サービス及び国家的な保健医療サービスの質体系の確立を包含する必要がある。

JICAの事業として、病院の質改善を検討する場合、まずは研修事業の充実から始めることが望ましいと思われる。ただし、病院におけるTQMのリソースは日本のみでは賄いきれないので、様々な国との連携を視野に入れ、検討することが望ましい。

病院の質改善は総合的に考えることが重要であり、そのアプローチに対してJICAひいては日本がどのような協力が可能かを検討する必要があり、相手国の主体性が求められる。逆にいえば、病院の質改善への支援は、まずは保健医療政策を主体的に検討できる国に対して実施することが望ましく、その成功体験を普及させることが次段階として求められるであろう。

序章　研究の背景と目的

従来、医療サービスの質とは「最先端の治療や診断を最高級の水準で実施すること」と考えられており、そのような環境が十分に整っている米国、欧州、日本などの先進国の医療サービスの質は高いといわれていた。しかし、1980年代より米国や日本をはじめとする医療費の高騰、英国などで発生している待機患者の増加など、先進国の医療サービスは必ずしも高いとはいえない状況に変化しつつあった。そこに1990年代、世界で同時多発的に発生した重大な医療事故が追い打ちをかけ、先進国の医療サービスへの信頼が大きく揺らいだ。

この背景には医療の質を「根拠に基づく医療（Evidence Based Medicine: EBM）」、「診断群分類（Diagnosis Procedure Combination: DPC）」、「ベンチマーキング」などにより計測できることになったことがある。つまり今まで明確に定義できなかった医療サービスの質の問題点が表面化したのである。そしてこの医療事故をきっかけに「医療サービスの質、医療安全とは何か」が見直され、「医師は間違えない、事故は間違えた個人の問題である」から「人は間違えるもの、よって間違えない、間違えにくい仕組みづくりが重要である」という認識の変化があり、「高度・最先端医療を施すこと」ではなく、「患者が求める、患者に必要な当たり前のことを的確に実施する」ことが本来の医療サービスの質であると定義されるようになった。

さらに従来、医療サービスの質は臨床医療の質と考えられてきたが、顧客（患者）からの視点では、医療にかかるすべてがサービスであり、その質も病院や保健医療提供者から発せられるすべての事象（外来受付、受診相談から、待ち時間、会計、食事、退院手続き、退院後ケアなどすべてを含む医療活動）を包含する必要があるという考えとなった。つまり医療サービスの質とは、経営としての質向上も包含される定義となったのである。

他産業における品質概念の転換と同様な事象が保健医療分野にも発生したことは、一般製造業のアプローチ・考え方と思われていた「総合的質管理（TQM）」導入のきっかけを与えたといえるであろう。

1980年代より、組織としての医療サービスの質向上活動の一形態としてTQMを活用することは様々な病院で実施されていたようである。しかし保健医療分野におけるTQMの効用を大々的に検証したのは、1997年に米国にて実施された「医療の質改善に関する全米実証プロジェクト（National Demonstration Project: NDP）」である。その後、特に先進諸国でTQMを病院運営に応用し、医療の質の向上や患者及び職員の安全性を向上する活動が活発となってきた。しかし成功事例として、開発途上国の医療サービス質改善に活用できるような活動は紹介されていない。

ところが、先進国をお手本としてその発展過程を追随していると思われていた開発途上国において、保健医療分野におけるTQMの成功事例があり、その活動は日本や先進国の医療サービスの質改善を推進する上でも学ぶべき内容かつ、ほかの開発途上国においても参考となる内容であった。

通常、開発途上国では医療サービスの質向上を検討する以前に、絶対的な医療資源不足への対応を求められている。しかしそのような制約があるにもかかわらず、医療の質改善活動を実施し、成功している開発途上国が出現し、特に大幅な予算の増額を前提としない施設・組織運営管理改善の手法としてTQMが導入されている。

個々人の医療技術の向上ではなく、組織全体の継続的な改善により健康上のアウトカム（院内感染、院内死亡、平均在院日数）の改善をもたらし、経営の効率化を図るTQMは、サブサハラ・アフリカやインドシナなどの後発開発途上国（Least Developed Countries: LDC）や旧ソ連

圏の保健医療システム改善のニーズに応える一方策であり、JICAの技術協力においても保健医療分野のキャパシティ・ビルディング（Capacity Building）の手法として検討する価値は高いと考えられる。

また世界保健機構（World Health Organization: WHO）の調査によれば、TQMの手法はミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDG）の一つである妊産婦死亡の低減に対しても有効であった[1]と報告されており、病院サービスの改善のみならず、公衆衛生領域における適用も期待できる。

それらを踏まえ本研究は、タイやスリランカの現地調査結果と、これまで開発途上国の医療の質向上活動に関係してきた専門家の報告などに基づき、アジア４ヵ国、アフリカ１ヵ国、中南米と世界各国の現状や日本での取り組みを体系的に整理し、その要因を分析した上で、横断的な共通因子を抽出し、今後のJICAの保健セクターにおける技術協力や研修事業への活用に向けたより実践的なアプローチを検討することを目的としている。

[1] WHO（2002）

１．TQMとは

病院や保健医療分野のTQMを整理する前に、TQMに関する一般概念を押さえておく必要があるだろう。ただしTQM全般を網羅することは本調査研究には必要ないことから、本章ではあくまでも概論を押さえるにとどめている。

１－１　TQMの定義

TQMは“Total Quality Management”の略で、日本科学技術連盟（日科技連）のTQM委員会では「総合質経営」としてTQCとの差を示しているが、Web上のフリー百科事典「ウィキペディア（Wikipedia)」では「総合的品質管理」と訳されており、一般的にはTQMという呼称が定着している。品質管理（QC）が製造現場における品質管理、つまり製品単体の品質向上を目指していたのに対し、顧客の要求が品質を決めるとの認識から、総合的な品質管理（TQC）の概念が生まれた[2]。つまり品質は製品固有のものではなく、企業のすべての部門の活動が最終的な製品の品質を決めるという認識である。TQCはもともと米国で提唱され、「総合的品質管理」を意味するが、日本では「全社的品質管理（Company-wide Quality Control: CWQCという表記もある)」と訳されている、もしくはその意で用いられていることが多い。両者の違いは、米国におけるTQCはあくまでも品質管理であるが、日本のTQCは人質（じんしつ）管理、特にモチベーション高揚や意識改革を特徴とした経営管理である[3]。

ControlとManagementの違いに関して、文献によっては同義と扱っているものもあるが、一般的には「ばらつき」をなくすという意味の“Control”と、品質を向上していこうという“Management”の差ではないかと思われる。均質の製品、サービスを生み出すのではなく、顧客の求める製品、サービスを全社的な取り組みとして提供していく活動、提供するための経営がTQMといえるであろう。この両者の違いは重要で、前者が品質管理という工学の領域であるのに対し、後者は経営学の領域であるということである。しかし、日本的TQCにおいては経営管理と示されているところをみると、その区別が明瞭にされていなかったということであり、文献によってその解釈が異なるのもうなずける。

TQM委員会編著（1998）では、TQMは、「経営科学・管理技術の方法論、学問としての経営科学、組織改革・改善のツール、経営科学としての体系、ある領域での知識・技術がもつ（潜在）能力を最大限に引き出すプラットフォーム」などと示されている。他方、筆者は、TQM自体は手法や技法ではなく、アプローチ、考え方もしくは経営科学体系であると考える。なぜならTQM手法というものがあるわけではなく、コンセプトとして総合的品質管理をTQMと称しているが、QCの手法やシックスシグマ（6σ）[4]など様々な経営・管理手法を選択的に用いて戦略的方針管理を行い、その目的の達成を目指しているからである。また保健医療分野ではTQMの実践において定型的、標準的な手法や技法の活用方法は定まっていない。

---

[2] 徳丸（1999）p. 279
[3] 徳丸（1999）pp. 272-284
[4] 6σに関しては、後述のBox１－２を参照のこと。

１－２　TQMの歴史[5]

科学的な品質管理の始まりは、1924年、ベル研究所の技師であったW. A. シューハートによる統計的管理図の考案であり、1925年、シューハートはQCに関する最初の論文を発表した。その後、一連の論文発表をまとめ、1931年に「工業製品の品質の経済的管理（Economic Control of Quality of Manufactured Product）」を執筆した。そしてその有効性が公に求められたのが、第２次世界大戦中の米国における戦時物資の品質管理が最初といわれている。大戦後、その手法は連合国軍総司令部（General Headquarters: GHQ）によって統計的品質管理（SQC）として日本にもたらされたが、普及には至らなかった。1950年、日科技連が「第１回デミングセミナー」を開催し、SQCが日本の産業界に普及していくこととなる。翌年「第２回デミングセミナーが実施されるとともに、「デミング賞」が創設された。この賞は米国品質管理協会（American Society for Quality Control: ASQC）のシューハートメダルを参考にして創設されたが、シューハートメダルが品質管理に関する個人の功績に対して贈られる賞に対して、デミング賞は個人に贈られる本賞に加えて、企業への実施賞が設けられているという特徴がある。

1950年は朝鮮戦争が開始された年であり、その特需にわく日本の産業界であったが、米国政府は軍需調達品に対して厳しい品質管理を要求しており、日本企業は品質管理に積極的に取り組む必要があったことが、SQCの拡大の背景にあった。

SQCでは製品のばらつきを統計的、科学的に検証し、その結果をもって品質を向上することを主眼に置いている。つまり多数のデータを収集し、平均や標準偏差などを求め、いかにして不良率を減らすか、均質な製品を作るか、工程を標準化していくかなどに主眼が置かれている。

しかし日科技連が推奨するQC活動として、SQCが品質管理手法として運用されたのは1955年ごろまでであり、その後は「QCの七つ道具」などがQC活動における品質管理の手法として主に用いられることとなった。その理由としては、①統計＝難しいものという認識、②形式的な標準化の横行、③工場、技術者以外無関心であったことなどが挙げられている[6]。日本の製造現場では「品質は現場で作られる」という考え方が浸透しているといわれている。品質管理の専門部署による品質への対応では製造現場へのフィードバックにタイムラグがあり、顧客や市場の要求に即応できないのである。そのような日本的な経営の特徴として小集団活動があり、「改善」という提案制度である。この活動は、もともとは大正時代から製鉄所などで実施されている「安全運動」がそのルーツともいわれている。なかには「QC活動」を行っている小集団もあったが、1962年、日科技連に「QCサークル本部」が設置され、QCを実践する小集団活動として「QCサークル」の設置、登録が促されることとなった。

このQCサークルを通じた活動はボトムアップ型、現場中心型の改善活動であり、QC活動が発展するにつれ、前述の不良率の低減に加え、そこから導かれる製造原価の低減、製造工程の効率化、職場環境の改善、生産能力の向上などに主題が移行した。

このQCサークル活動がTQCを推進する原動力となった。TQCはもともとゼネラル･エレクトリック社（General Electric: GE）の品質管理部長であったファイゲンバウムがGEで品質管理を実践する上で考えた理論で、1956年、『ハーバード・ビジネスレビュー』誌に発表された。日本では1960年より日科技連編集の『品質管理』誌において連載された「TQC講座」が最初であっ

[5] 本項は狩野編（1990）及び徳丸（1999）を参照して年代順に整理した。
[6] 徳丸（1999）p. 220

た。

ただし全社的な品質管理を行うには、QCサークルのように各グループが自分の課題のみに取り組むだけでは不十分であり、企業としての方向性、目標を明確にする必要がある。そして各サークルの縦横の連携が重要になってくる。つまりTQCにおいては企業内にボトムアップのみならずトップダウンによる活動が重要であり、そのためにはTQCの推進グループが重要で、単にQC活動をサポートするのみならず、全体の調整及び目標達成のための実行部隊としての役割がある。そしてTQCの実践をサポートしたのが、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルと呼ばれる改善サイクルや、デミング賞を受賞した企業が開発した「機能別管理（管理単位を部課ではなく機能（Function）ごとに管理する）」、「旗方式（目標値、実績などを旗のような図表で各工程において管理する）」、「方針管理（企業としての方針を明確にし、それを末端にまで展開し、実績を末端から社長にまで報告し管理する）」などの技法であった。

その後、オイルショックやニクソンショックによる円の変動相場制への移行、プラザ合意による円高容認などにより、いくらよい品質の製品を製作しても売れない時代が到来する。またいくら製造部門がよい品質の製品を作っても顧客に持っていく途中で壊れてしまったり、効果的な広告宣伝が行われなかったために商機を逃したり、タイムリーな資金調達ができなかったため老朽化した機器の更新ができなかったなどの課題が挙げられてきた。そのような状況で、企業はその存亡をかけて、TQCによる企業の体質改善や社員の意識改革などを実施することとなる。

また1970年にはデミング賞を受賞した企業を対象とした「日本品質管理賞」が創設された。その審査内容は「デミング賞」に比べ、品の質より経営の質に重点が置かれているようである。

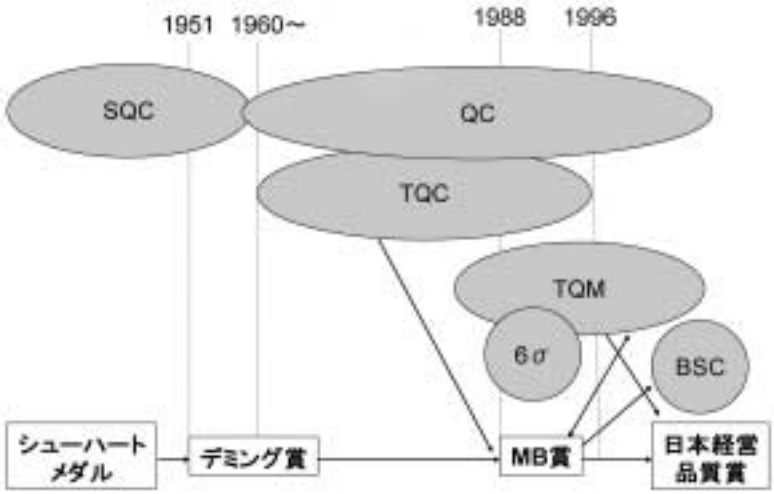
1980年６月、米国NBCテレビで「If Japan Can, Why Can't We?」という日本の戦後復興の特集番組が放送され、そのなかで日本のTQCがキーポイントとして取り上げられた。この番組をきっかけに米国及び世界各国が日本のTQCを学び始めた。その後、米国ではTQMという概念が提唱され始め、1987年「国家品質条例」が制定され、1988年に「マルコム・ボルドリッジ国家品質賞（The Malcolm Baldrige National Quality Award）（MB賞）」が創設された。このMB賞がTQMという概念をまとめ、実践を奨励し、企業の活力を取り戻すきっかけとなった。その後、米国ではMB賞の審査基準に影響を受けたと思われる経営管理手法「バランス・スコアカード（Balanced Score Card: BSC）」やSQCの原点に戻ったとも思える品質管理手法「6σ」などが登場し、日本企業もその導入を検討するなどの動きがある[7]。

一方、日本では、1980年代後半のバブル期、物がない時代から物余りの時代に入り、顧客のニーズも多様化した。ただ単に技術的に優れた、精度の高いものを製造しても、売り上げに結びつかない。単なる製品単体の品質の向上、いわゆる精密さや技術的な水準がよい品質を表すのではなく、顧客が求めるものをタイムリーに、リーズナブルに、そして求められる形で提供することがよい品質であるという認識、つまり顧客中心の品質管理に移行したのである。要するに品質はただ単に製品の不良品低減を管理するのではなく（Control）、販売対象を特定し、顧客の要求水準を調べ、提供価格帯を検討し、販売時期を決定するなど、総合的に運営、経営（Management）しなければならないということである。

1996年、日科技連は、TQCをTQMに変更し、東京大学大学院飯塚教授をはじめ８人から成る「TQM委員会」を組織し、TQMのコンセプトをまとめ、翌年、「TQM宣言」という小冊子を配

[7] BSC、6σに関しては後述のBox 1−1及びBox１－２を参照のこと。

図１－１　品質管理の変遷



出所：松原（2000）を基に筆者作成。

布した[8]。製品の質のみならず業務の質、経営システムの質にまで質の概念を広げ、TQCという守りの姿勢からTQMという攻めの姿勢への転換が行われた。TQCも全社的品質管理ということで、経営管理の領域も含まれ、体質改善、意識改善のために実施されているといわれているが、実際は経営統制としてのTQCであり、業務の質、経営の質の概念もあいまいで、その技法も確立されていなかった。

また時は前後するが、1995年には米国のMB賞をモデルとして「日本経営品質賞」が財団法人社会経済生産性本部により創設された。

このように品質管理はその対象を単体の製品から企業全部へ、そして企業を取り巻くすべての利害関係者に広がり、そのレベルは設計による精度を向上することから、顧客の要求水準に合わせることへと変化していったのである。品質改善にかかる一連の動向をまとめると図１－１のようになる。

１－３　TQMの現在

QC活動から始まる戦後の品質改善活動は、製品のばらつきを抑えることから始まり、その後不良品の逓減、ひいては品質の向上という目的につながる。そして各活動の総体として費用逓減（効率化）が進み、企業利益があがるという流れであった。しかし今日ではただ単によいものを作っても、売れる時代ではなくなってきている。つまり顧客・利害関係者の満足するものを提供することが求められている。そしてその結果としての売り上げ逓増でなければ、企業活動の持続性は望めない。そこから経営戦略としての品質管理の概念が生まれてきたわけである。

しかしこのようなストーリーが形成されたのは、日本型経営を行っている企業のみである。前述のとおり、日本では現場第一主義からボトムアップ型のQC活動が発生し、その後、全社的な取り組みになった経緯があり、経営戦略として品質管理を考える上でも「QCサークル」による改善活動の意義は大きい。つまり、“個”としてのボトムアップ活動から、“総”としてのトップダウン活動の融合が行われた。これがいわゆる日本型TQMである。日本的経営では現場からの

[8] TQM編集委員会編著（1998）「まえがき」

たたき上げが将来、会社の重役となる場合が多いことから成功した。つまり、現場を知るものがトップダウンの戦略を構築することから、スムーズな融合が図れたわけである。しかし欧米では、会社の経営陣は経営の専門家によって行われ、現場を必ずしも理解しているわけではない。つまり欧米では現場を経験していない経営陣が多く、また「現場は製造」、「経営陣は会社運営」とその役割が分離されており、「QCサークル」のような現場からの改善活動が発生しなかった。つまり、日本型TQMのようなボトムアップとトップダウンの融合による経営戦略としての品質管理が生まれにくい土壌であったといえる。しかし、1980年代に入り、米国企業が日本のTQMを応用して、6σというアプローチを採用した。コンセプトはSQCの原点であるばらつきをなくす（6σ＝100万分の3.4の範囲にする）ということであるが、その活動は「ブラックベルト（Black Belt）」と「グリーンベルト（Green Belt）」と呼ばれる指導者により推進されているのが特徴であり、トップダウンによって進められる[9]。つまり同様のコンセプトでも、企業文化の相違から、欧米では6σのようなアプローチが発展していったと思われる。同様に、脱日本式経営の法人企業においても6σは採用されつつある。

１－４　TQMの方法とツール

TQMの根本はQCであり、QCでは観測されるデータの時間的・空間的な「差、違い、ばらつき」に注目してどこにどのように存在しているかを発見することが重要で、これらを引き起こしている原因にも同じく「差、違い、ばらつき」があるという因果関係に基づいて原因を究明しようとしている。またPDCAという一連の流れを通じて改善を図るものであり、その具体的な手順として「QCストーリー」に沿って説明することが必要であり、デミング賞の審査においても必須事項となっている。ストーリーの詳細は個々のテーマによって異なるが、概要は変わらないのでQCの８ステップともいわれている。TQMにおいても基本的な流れはこのQCストーリーによって行われているが、各ステップにおける責任者や実施者が全社的に割り振られ、QC活動に比べ規模と期間が大がかりとなることから、各ステップはより複雑に、そして詳細に検討されることとなる（表１－１）。

QC活動はその特徴からCQI（Continuous Quality Improvement）やPI（Progressive Improvement）とも呼ばれ、継続的な改善活動であり、その実践のための技法と位置付けられて

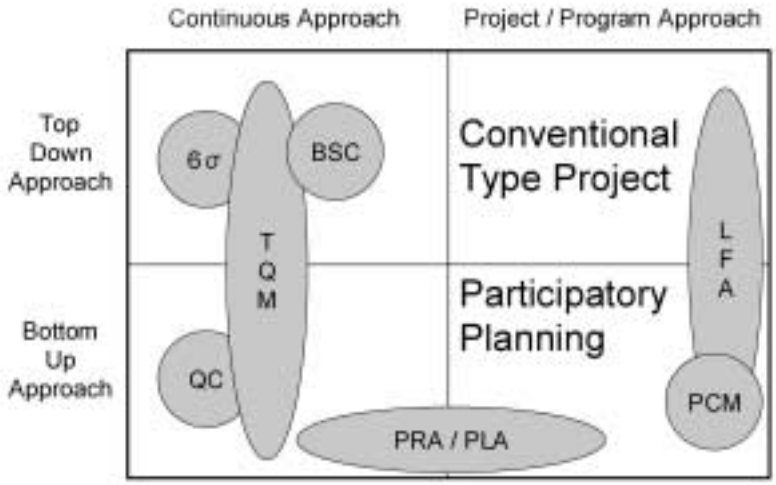
表１－１　課題達成型QCストーリーのステップの例

①テーマの選定
将来、必要になると考えられる事項をとらえ、問題を洗い出す。「何をどうする」
②課題の明確化と目標の設定
）現状の把握
）前提条件の把握
）課題・活動項目の明確化
）目標の設定
③方策の立案
④最適策の追求
⑤最適策の実施
⑥効果の確認
⑦標準化と管理の定着
⑧反省と今後の対応

出所：新藤（2001）

[9] 「ブラックベルト」、「グリーンベルト」の説明は、Box １－２参照。

図１－２　Approach Classification



凡例：LFA（Logical Frame Approach）＝ログフレームと呼ばれるプロジェクト概要表を用いたプロジェクト管理手法の総称。
PCM（Project Cycle Management）＝LFAの一種で、プロジェクトをPlan-Do-Seeのサイクルで管理する手法。
PRA（Participatory Rural Appraisal）＝参加型農村調査法。
PLA（Participatory Learning and Action）＝参加による学びと行動。
出所：筆者作成。

いる。またそのコンセプトは課題解決型の場合が多く、現状をベースにその改善を目指したり、目標の達成を目指す場合が多い。そのようなアプローチは一般的に成功する確率は高いが、改善の割合も低い（80%の成功率と20%の改善率）といわれている。

TQMは課題達成型のアプローチであり、QCストーリーを継承し、QCの七つ道具や6σ、オペレーションリサーチ（Operation Research: OR）、根本原因分析（Root Cause Analysis: RCA）など様々な技法を用いつつも、戦略的方針の達成を目指している。

一般に開発援助で用いられるアプローチや手法と、上記、改善アプローチや手法を４象限に分けて分類すると図１－２のようになる。

TQMはボトムアップとトップダウンのアプローチを融合した継続的な改善アプローチである。

日本型TQMの実践ではQCの七つ道具や新七つ道具を用いることが多い。前者が主に数値データを取り扱うのに対して、後者が言語データを取り扱うという特徴があり、これらはもともと統計的な手法を簡略化して用いることを意図しているが、その後製造現場のみならず間接部門や営業部門、そしてサービス産業でQC活動が行われるにつれて、数値ではとらえきれない質的な情報を取り扱う必要から新七つ道具が追加されたといわれている。しかし、実際はその大半は既に統計的管理で用いられていた手法やほかの領域の手法であったり、現場から生み出された手法で

表１－２　QCの七つ道具

QCの七つ道具	QCの新七つ道具
・ヒストグラム	・親和図法
・グラフ・管理図	・系統図法
・チェックシート	・連関図法
・パレート図	・マトリックス図法
・層別	・マトリックスデータ解析法
・特性要因図	・PDPC（Process Decision Program Chart）法
・散布図	・アローダイヤグラム法

出所：狩野（1990）

Box 1－1　バランス・スコアカードとは

1992年にハーバード大学経営大学院のキャプラン教授とコンサルタントのノートン氏によって『ハーバード・ビジネスレビュー』誌に紹介された経営管理手法である。

その特徴は、従来の外部向けの経理データに焦点を当てた業績評価に加えて非財務的視点を追加し、企業活動を過去から未来にかけての戦略の継続性を明確に評価することを可能にしている点である。具体的には、

(1) 財務の視点

株主や従業員などの利害関係者の期待に応えるため、財務的視点から目標の達成を目指す。

(2) 顧客の視点

財務の視点を実現するために、顧客（消費者や得意先）の視点から目標の達成を目指す。

(3) 業務プロセスの視点

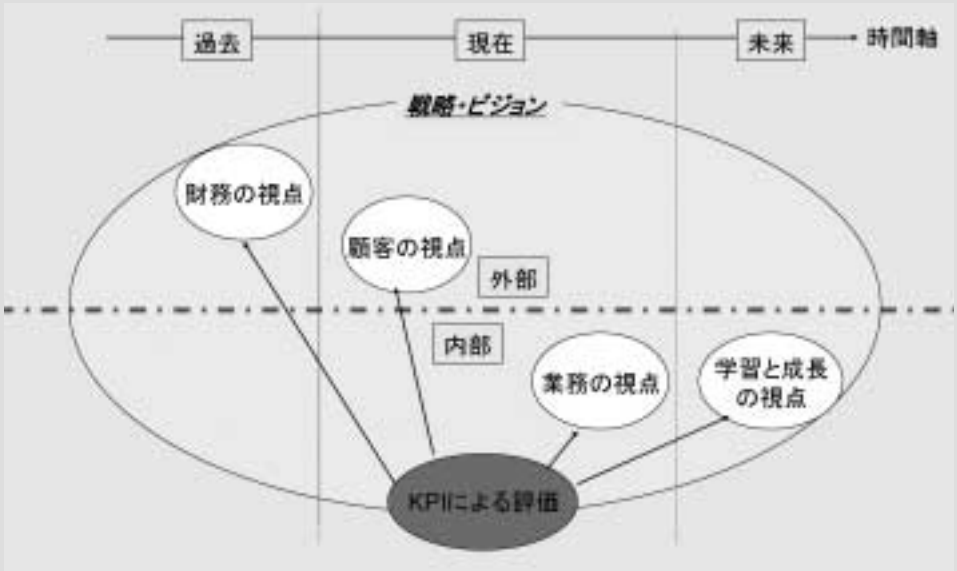
財務的目標の達成や顧客満足度を向上させるために、どのようなプロセスが重要であり、また改善が必要であるかを分析し、顧客の視点、財務の視点の目標達成を目指す。

(4) 学習と成長の視点

企業が競合他社よりも優れた業務プロセスを備え、顧客満足を図り、財務的目標を達成するためには、どのように従業員の能力を高め、環境を維持すべきかといった能力開発や知的財産向上に関する目標達成を目指す。

つまり、バランスのとれた業務評価をすることを目的としており、その評価指標はKPI（Key Performance Indicator）と呼ばれ、各視点の達成を端的に示す指標を設定する。また単に指標による成果管理を行うだけではなく、その成果の発現要因であるPerformance Drivers（PD）も成果との因果関係をおさえがならバランスよく管理することも組み込まれている。

図1－3　バランス・スコアカードの概念図



ある（表1－2）。

このQCの七つ道具、新七つ道具を用いることが日本型TQMの特徴であり、このような簡便な統計手法が、統計に詳しくない現場の作業員、職員などによるQC活動の推進、ひいてはTQMを普及させたといえる。

TQMは企業の経営的目的を達成するための手段であり、TQMを目的としないためには、これらの道具をすべて用いることを目指すのではなく、経営戦略として全社的に恒常的な品質改善の文化をつくり、運営していくためにどのようなデータが必要で、どのような分析が必要かを検討した上で取捨選択する必要がある。実際、TQMを実施する上のエントリーポイントとして多く

Box 1－2　シックスシグマ（6σ）とは

1980年代に米国モトローラ社が日本におけるポケベル市場参入を図っていたときに開発した品質管理手法で、1987年に発表された。1996年にGEが同社の品質管理手法として採用したことで一躍有名となった。

もともと“シグマ（σ）”は統計の標準偏差におけるばらつきの度合いを表す用語で、6σとは「100万回で3.4回の発生確率」を表す。つまり、品質管理においてエラーやミスの発生確率を6σにする目指す手法である。

6σのプロセスはMAICと呼ばれるプロセスを通じて最終的に6σ基準に到達することを目指す。

M＝Measurement：測定

CTQ（Critical to Quality）に影響を与える重要な社内プロセス（CTQの要因）を発見し、CTQと対比させつつ、発生した欠陥を測定。

A＝Analysis：分析

なぜ欠陥が活性するのかを分析し、理解する。統計的解析や因果関係の分析を通じて要因分析を行い、自社の強みを評価し、改善の優先順位を決定。

I＝Improvement：改善

改革の方向性を定め、管理する変数（改善の方向性が端的に表れる変数を優先）、目標値、マイルストーンを定め、改善活動を実行。

C＝Control：改善結果定着のための管理

変数が最大許容限界レンジに収まっていることを統計的管理図、チェックリストなどを確認、必要があれば改善策を検討し実行。

6σの実際の活動は、「ブラックベルト」という資格を有する人物が中心となって行う。この「ブラックベルト」は、柔道の黒帯が語源となっており、「ブラックベルト」は専門の教育機関により認定され、「ブラックベルト」は6σを遂行するにあたり中心となって推進する人物に授与される。この「ブラックベルト」を補佐する資格として、「グリーンベルト」が存在する。

の企業が実施するのが5S運動[10]（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）である。現状を把握する上でも改善を開始する上でも、5S運動は重要であり、逆に5S運動が適切に実行できない現場では、QC活動を軌道に乗せることは困難であるといわれている。

しかし後述するように、病院においては5Sの初期導入が成功する場合と失敗する場合があるので、TQM導入の背景を見極めることが重要である。

TQMは外部コンサルタントの指導の下、推進されることが多いが、最終的に決定を下し、実施するのは経営トップであり、企業にとって望ましいTQMを実践するためにはトップ自らがTQMとは何かを理解し、強いリーダーシップの下、推進することが望まれる。

[10] 現場（工場、店舗、院内等）を整理、整頓、清掃し、清潔な環境を確保し、適切なしつけを身に付けた職員を増やして、職場環境の改善を図る。「Front line Serviceの改善」と呼ばれる場合もある。

２．保健医療分野のTQMと日本の経験

２－１　医療の質をめぐる国際的・国内的動向

保健医療分野のTQMを検討する前に、まずは同分野が質をどのように考えてきたのか、その概念を押さえる必要がある。歴史的には国際的にも国内的にも保健医療サービスに求められる特性の変化により、サービスの質が問われるようになってきた経緯がある。

２－１－１　医療の質をめぐる動向

(1) 国際動向

一言でいえば、医療の質をめぐる世界の動向は今、第２ラウンドに移りつつある。第１ラウンドは医療の第３の革命と呼ばれ、1980年代後半、評価と説明責任（Assessment and Accountability）の時代に結果マネジメント運動として展開され、そのための手法として臨床指標が開発され、普及した（表２－１）。

そして20世紀から21世紀の世紀の変わり目に、世界各国で医療事故が相次ぎ、医療安全における概念、患者安全（Patient Safety）が提唱され、質と安全をあわせてとらえる考えが世界に広がった。

米国では2003年から厚生労働省の質研究庁（Agency for Health Research and Quality: AHRQ）が国レベルと州レベルで179の指標を用いて質を測定し、毎年公表している。そしてさらに、質に基づく医療行為の支払い方式（Pay for Performance）の測定手法としてとして、今一度臨床指標が注目を浴び、米国医師会自ら適切な100の臨床指標を選定するといった種々の活動が展開されている。

一方、英国でも20世紀の終わりに医療事故が国民的関心となり、その解決の方法として当時の英国国営医療（National Health Service: NHS）病院局長のドナルドソン卿を中心に、臨床統治（クリニカル・ガバナンス[11]）が病院経営の理念として提唱され、その方策の一つとして臨床指標による質の測定が提案され、英国のすべての病院がベンチマークされるに至っている。

ここ数年、米国ではブッシュ政権が医療のIT化を強力に進めており、英国でも大量の予算を投

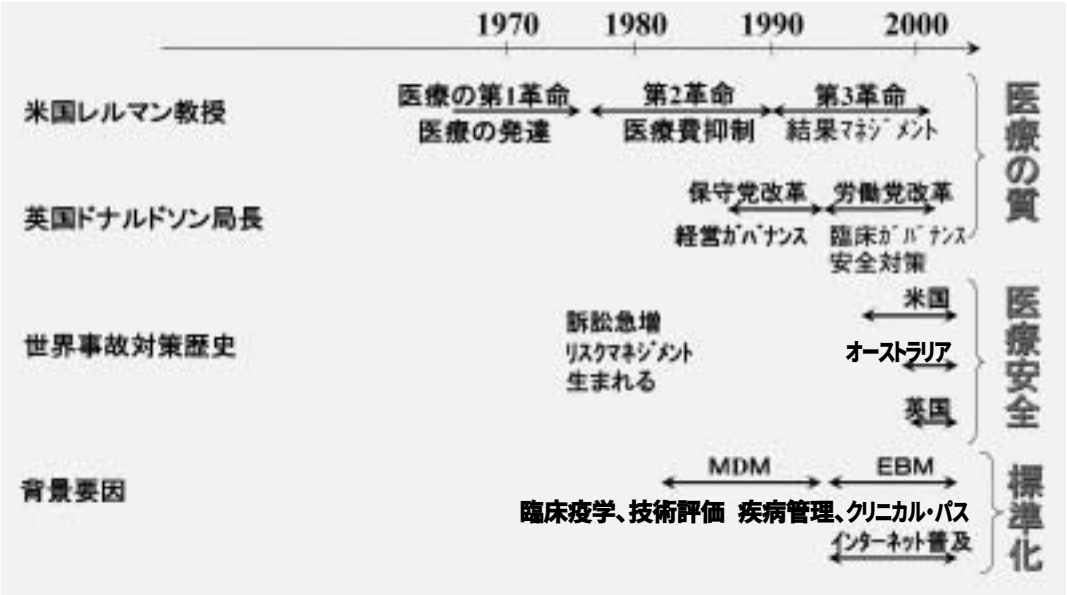
表２－１　医療の３つの革命

年代	概要
1950	第１次医療革命　拡張の時代
	病院急増、医師増加、医療の技術革新
1960	医療保険カバー拡大
1970	第２次医療革命　医療費の抑制時代
	医療費急増は国民総生産４％から11％
	政府雇用主支払い拒否
1980	マネジドケア、前払い制度
	総額予算制、医療計画による規制、技術評価
	第３次医療革命　評価と説明責任の時代
1990	Outcome（Management）Movement
	公平、満足できる質、適合性、適正価格、安全性を目指す

出所：Relman（1988）ニューイングランド医学誌を基に筆者作成。

[11] クリニカル・ガバナンスに関しては２－２－３を参照のこと。

図２－１　国際的潮流



出所：筆者作成。

入して、病院のみならず、診療所を含めた医療情報ネットワークを構築しつつある。大西洋を挟んでこの２つの国が車の両輪となり、臨床指標のインフラ整備と応用に向けて、熱気をはらんだ第２ラウンドを展開しつつあるように思われる（図２－１）。

（2）国内動向

日本の産業界はトヨタ自動車を筆頭に世界的にも品質管理をリードしてきた。しかし、医療界においては、わずかに行政を中心とする構造上の規制、すなわち医療監視による医療施設の基準の遵守や免許制度による専門家、医薬品などの質の確保にとどまってきた。

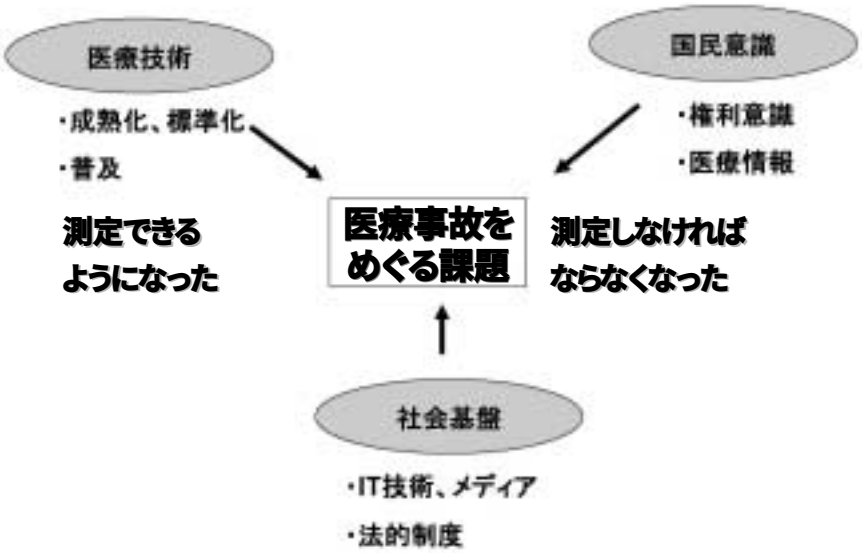
ここ数年、国民の間で急速に医療の質への関心が高まっている。きっかけは1999年、横浜市立大学病院で発生した患者取り違え事故であった[12]。その相次ぐ医療事故の結果、国民の医療への信頼が損なわれ、医療事故の予防は医療界への最大の課題の一つとなっている。この間、国民の関心は次第に医療の質へと移行し、各施設の質評価が相次いで出版され、学会でも手術例を集めて医療の質を測って改善するプロジェクトが開始され、厚生労働省も質の研究を2004年ごろから本格的に開始した。

政策の面でも2002年に策定された医療安全推進総合政策が2005年に改定され、そのなかで指標は、医療安全のためであると同時に医療の質向上を図らなければならないことが謳われている。2005年に提案された第５次医療法改正のなかでも、安全と並んで質の向上は大きな課題と位置付けられており、患者が医療施設を選択するための医療の質に関連する情報、例えば臨床指標による結果の公表をすべての施設に義務付けるとしている。同法改正が2006年６月に可決、成立したことにより、日本の医療界の動向も大きく変化することが予想される。

---

[12] 1999年１月11日、横浜私立大学付属病院にて２人の患者を取り違え、双方に不要な手術を実施した事件。本事件では、何度も患者を確認する機会があったにもかかわらず確認できなかったプロセスの問題と、チーム医療において誰が責任を負うべきかという医療システムの問題が焦点となった。本事件をきっかけに医療安全をシステム及び組織として考えることの重要性が高まった。

図２－２　医療事故をめぐる課題



出所：筆者作成。

(3) 歴史的背景

段階にずれはあるものの、国内外ともに医療安全や医療の質改善の活動がほぼ同時多発的に進行しつつある事実は、その背後に共通の要因が存在していることを示唆している。一つは医療技術が成熟し、標準化され、いわゆるガイドラインや根拠に基づく医療（EBM）、そしてクリティカル・パス[13]が質を測定するための尺度になったと考えられる。もう一つは患者や国民の意識の変化、消費者運動の高まりのなかで、医療においても品質を吟味する目が厳しくなってきているといえよう。さらにはIT技術の発達や医療情報の普及がこれらの活動の背景となっている（図２－２）。

(4) 医療の質の向上対策と臨床指標

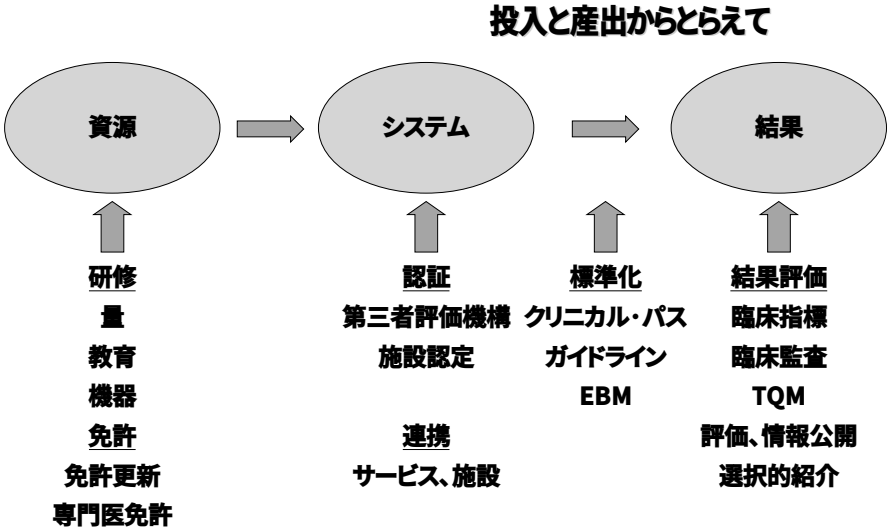
医療の質の向上はただ１つか２つかの対策では実現不可能で、様々な側面を組み合わせた総合的な側面が必要になる。システム的にとらえると投入する資源からシステムそのものの構造、産出する結果と、それぞれの段階での試みが必要である。例えば資源については、良質な医療技術者の確保のための免許制度、薬剤、機器、施設のための許認可制度、さらには産出を標準化し保障するガイドラインやクリティカル・パス、そして最後に診療の結果を測定し、フィードバックして向上を試みる行動が必要と考えられる。日本ではこれまで「行政を中心にシステムの構造面を規制するモデル」によって質を担保することが主流であった。これからは臨床指標によって「結果を測定し、患者や紹介が選択することによって、質の向上を図る情報公開と競争モデル」に重点が移行していくと考えられる（図２－３）。

これまで医療の質の重要性が、認識されていたにもかかわらず実用化されてこなかった背景として、測定が難しかったことが挙げられよう。しかし近年、東京都病院協会や国立病院さらには厚生科学研究によってベンチマークも可能となりつつある。この間の国民の医療システムへの不信感を克服するためにも、医療機関自らが取り組むことが必要と考えられる。

---

[13] 産業界のオペレーションリサーチにおける工程管理技法である「クリティカル・パス法」を医療分野に応用し、疾患ごとのケア全般に関する内容やタイミング、患者の状態などを時間軸などでまとめたもの。1985年、米国ボストンのニューイングランド医療センターの看護師カレン・ザンダーが開発した。

図２－３　安全と質向上のステップ



出所：筆者作成。

２－１－２　日本における医療の質の改善と評価へのアプローチ

日本では行政施策としてのTQMなどの推進はないが、医療の質改善に対して様々な角度からの取り組みが実施されている。その取り組みをまとめると表２－２のようになる。

表２－２　「医療の質」マッピング・マトリックス

主体	誘因	手法	資源　→	投入　→	構造　→	産出　→	結果
文部科学省	法律	規制	専門家教育				
	予算	予算配分	（卒前、卒後、生涯）				
厚生労働省	法律	規制	技術知識拡散 卒後臨床研修制度	免許更新・停止	医療計画	標準化	医療法改正
	予算	免許	国家試験 薬品、機器認可		施設要件	（EBMガイドライン、クリニカル・パス）	情報収集
		支払い	機器確保		連携と充足	保険者機能強化	情報提供
			保険医資格			支払い方式改変	
教育機関		教育改善	カリキュラム				
			技法、教材				
学会	情報	認定	専門医養成		専門医認定	ガイドライン作成	質評価
専門団体	情報	認定、教育			病院標準	教育	情報拡散
企業	金	規制、利潤	薬品、機器、良品質				
評価機構	認定 評判	認証			第三者評価		
施設	金	自己改善	専門家確保	選択的紹介	環境整備	業務標準化	TQM/CQI
	評判		知識技術確保		質部門確立	クリニカル・パス実施	CS･CI評価
国民	情報	選択	医療知識獲得				最終評価

出所：筆者作成。

上記のうち、主要な課題の概略を以下に示す。

（1）政府の規制

日本における医療政策で政府が取り組んできた重要な点として、診療報酬制度による価格管理と国民皆保険体制の管理の２点が挙げられる。この２点から成るアプローチは、安価に、かつ幅広く国民に保健医療サービスを提供することを可能にした。しかし、急速な少子高齢化、医療技術の進歩、国民の意識の変化など医療を取り巻く環境は大きく変化しており、質の高い保健医療サービスが効率的に提供されることが必要となっている。このため経済的なインセンティブや病院内での組織体制の整備あるいは医師個人の教育などを通じて、保健医療サービスの質を向上させるための施策が打ち出され始めている。

診療報酬については、おおむね２年に１回改定されてきている。2000年の改定では、入院診療計画（クリティカル・パス）[14]を実施しない場合には報酬が減額されるなど、医療の質を保証するための体制などを診療報酬で評価する制度が導入された。2002年の診療報酬の改定では、臨床医療の質を評価する施策が打ち出された。難易度が高いなどの一定の手術について症例数や医師のキャリアなどある一定の条件を満たさない施設において行われた場合は30％減額の診療報酬評価とした。さらに、2003年４月より、特定機能病院[15]において診断群分類（DPC）[16]による包括評価制度が導入された。この制度においては、１日当たり定額の報酬が支払われること、在院日数に応じた報酬が設定されていることなどから、病院に無駄な検査や薬を省き、在院日数を減らそうとするインセンティブが働く。

そして1999年の横浜市立大学病院での医療事故をきっかけに、安全管理体制は緊急の課題であるとして早急に体制づくりが行われている。厚生労働省は、2000年４月には、特定機能病院における安全管理の体制の確保を義務付けた。具体的な内容としては、①指針の整備、②医療事故などの院内報告制度、③委員会の開催、④職員研修、である。

2001年に「医療安全対策検討会議」が設置され、a）医療機関における①から④の徹底、b）医薬品･医療用具などを事故が起こりにくいものに改める取り組みの推進、c）医療安全に関する教育研修の充実、d）患者の苦情や相談に対応するための公的な相談体制の整備、などが提言された。2002年10月からはすべての医療機関に上記①～④が義務付けられるなど、現在、この提言に基づき、順次諸施策が講じられているところである。

加えて、医師教育においても教育体制を充実させ医療者の質向上を図ることが課題となっている。2004年から医師の卒業後２年以上の臨床研修教育を、努力義務でなく必修とし、すべての医師が医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野だけに限らず、プライマリ・ケアの基本的な診断能力を身に付けるとともに、臨床研修に専念することができる環境を整備することとされた。

---

[14] ある疾患の診療を行うにあたり、その施設でその疾患の診療においてほとんどの患者がたどるであろう臨床経過と診療行為の内容について、医師、看護師を中心に関係者間で合意をして診療計画を立て、その計画に従って診療を行い、そして評価・改善するシステム。通常クリニカル・パスと同義である。

[15] 1992年の医療法改正において、医療施設がその機能や特質に応じて役割を分担することとなり、そのなかで、①高度の医療の提供、開発、研修ができる病院で、②内科・外科など主要な10以上の診療科、病床数500以上、医師・看護師数に関する条件などの外的要件を満たし、③厚生労働大臣が承認した病院。「特定機能病院」では、高度先進医療を含む、より高度な専門医療を必要とする患者、病気が進行中の急性期の患者を診るのが望ましいとされている。

[16] 米国で使用されている診断群分類であるDRG（Diagnosis Related Groups）を基に開発された日本独自の診断群分類であり、「診断」だけではなく、「診断と診療行為の組み合わせ」に基づいて分類されている。

（2）第三者による評価認定

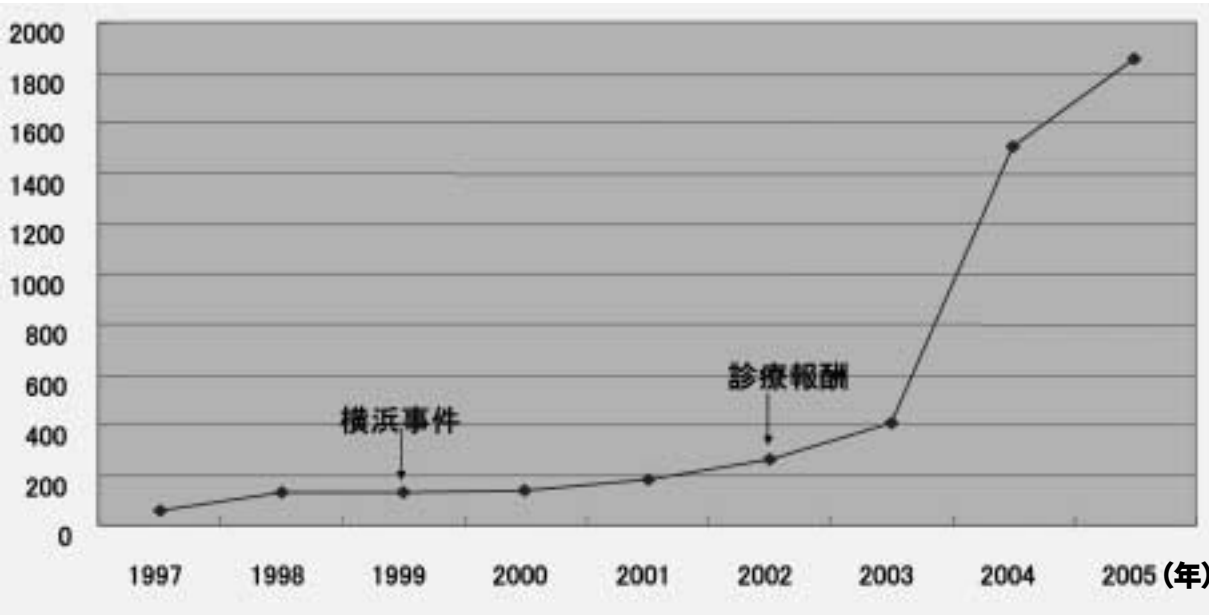
日本では医療機能の第三者評価システムとして、1995年に財団法人医療機能評価機構が設立され、1997年から評価認定事業を行っている。評価方法は、書面審査と訪問審査を行い、評価部会での審議を経て、一定の水準に達していれば認定証が発行される。認定病院は2003年から急速に増加し、同年３月で883、2006年３月には2,000を超える（図２－４）。評価領域としては、①病院組織の運営と地域における役割、②患者の権利と安全の確保、③療養環境と患者サービス、④診療の質と確保、⑤看護の適切な提供、⑥病院運営管理の合理性の６領域になっている。評価を受けるか否かは病院の自由意思であり、結果は公表されないが、認定証が発行された病院については、同意を得た上で同機構のホームページ上で公開しており、また病院自らがそれを公表し広告することは自由に行われている。2002年の診療報酬改定においては、緩和ケア病棟、入院科・緩和ケア診療加算、外来化学療法加算の算定要件の一つとして医療機能評価機構などの評価認定が位置付けられた。

そのほかの質の第三者評価としては、医療機関が産業界の規格基準である国際標準化機構（International Organization for Standardization: ISO）の、品質システムについての規格として制定されたISO9000sを独自に取得している場合もある。また日本科学技術連盟（日科技連）は、2004年より日本品質奨励賞の医療版として医療の質奨励賞を定め、受審を勧めている。

（3）医療職の自己規制

日本医師会は、1916年に設立された民間団体である。その組織内に日本医学会をもち、雑誌やインターネットを通じて最新の医療情報を提供したり、政府に対する意見表明を行っている。医師の自主加入による団体であるが、日本医師会の発する政策提言や指針などは、現場の医師たちの診療に高い影響力がある。

図２－４　病院機能評価　認定施設数歴史推移



注：2002年改定「緩和ケア病棟入院料」、「緩和ケア診療加算」、「外来化学療法加算」の施設基準のなかに「評価機構の医療機能評価を受けていること」という要件が付加された。
出所：筆者作成。

医師たちは、主に臓器や疾患別に組織された専門学会に所属し、専門的な治療の研究や交流活動を行ったり、治療のガイドラインを作成しその普及に努めたり、実際の医療の質の向上に努めている。各学会では、専門領域を担当する医師の育成などのため、認定（専門）医制度の整備を進めている。1994年には日本医師会長、日本医学会長及び学会認定制協議会議長による３者承認制度が発足し、現在、内科などの基本的領域の診療科にかかる15学会の認定医制度が承認されている。この15の認定医制度を含め、現在、学会認定制協議会加盟学会及び未加盟学会が施行する認定医制度の数は、50を超えている。

日本医師会においても、各専門学会においても、医師を評価するシステムはなく、ピアレビュー機能や懲罰機能をもつ拘束力はもっていない。

医師以外の団体としては、日本看護協会などの医療関係職種の団体や日本病院会などの病院団体があり、これらの団体においても、医療の質に対する取り組みが行われている。

近年、医療を行う際のEBMが注目されている。医療の根拠（エビデンス）を基に標準治療を表した診療ガイドラインづくりが、国と医療者の協力により取り組まれている。1998年６月に厚生労働省は「医療技術評価推進検討会」を設置し、診療ガイドラインづくりに研究予算を提供している。作成すべき優先度の高い47疾患のうち、2003年度末までに20疾患のガイドラインが完成した。2004年度から、日本医療機能評価機構が、EBMに関するデータベースの情報提供を行い、作成された診療ガイドラインをインターネットなどで提供しており、2006年３月現在、33疾患のガイドラインが公表されている[17]。

日本における医療職の特徴として、勤務する医療機関の職員としての一体感が強く、組織として一つにまとまっていることが挙げられる。院長のリーダーシップに基づく院内全体の活動や、病棟や職種ごとの小グループによる取り組みなど、いわゆる「品質管理（QC）活動」は様々な形で行われている。こうした「院内QCサークル」をもつ医療機関が200程度ある。さらに、近年、組織的・継続的に医療の質改善に取り組む「総合的質経営（TQM）」を導入する医療機関もある。しかし一方で、QCからTQMへの脱皮が進んでいないという意見もあり、病院におけるTQM促進に課題があるようである。

また医療機関においては、患者満足度調査を行って患者からの評価を改善につなげる試みや、電子カルテをはじめIT化を積極的に行って院内情報の共有化を高めるシステムづくりや業務の効率化などを行っている場合がある。また、臨床において、クリティカル・パスを作成して院内ケアの標準化と効率化を行い、患者にパスを基にした治療計画を手渡すことで患者の治療に対する不安を減らし、治療に対する理解を高めることで相互参加型医療（Mutual Participation Model）[18]の実践に役立てている場合もある。

現在、日本では実際の臨床の質を評価する「臨床指標（Clinical Indicator）」は発展途上である。ピアレビューや臨床監査（クリニカル・オーディット）[19]を取り入れて医師個人のパフォーマンスを独自に評価している医療機関は非常に少ない。病院間や医師個人間の診療の質のばらつきの実態を、どのような具体的な指標（Indicator）でとらえ、調整（Adjust）し、客観的な指標にす

---

[17] http://minds.jcqhc.or.jp/to/FGuideLine.aspx

[18] 近年、医療サービスは医療者が患者に一方的に提供するものではなく、医療者が患者の意見に耳を傾けること、患者側も医療者に対して疑問などを投げかけ、主体的に医療に参加することが求められている。特に生活習慣病など、治療のみならず生活習慣の改善など患者の自主的な努力が求められる疾患に対して謳われるようになった。

[19] 質の高い医療サービスが実施されているかを第三者の視点から評価すること、及びその仕組み。通常、医療改善委員会などの組織によって実施されるが、委員会のメンバーは対象の患者への介入を行わなかった同病院の医師や、外部の有識者など様々なケースがある。

るかは研究者で議論が行われている段階である。

(4) 患者及び患者団体の役割

近年日本では、特に1999年の重大な医療事故以降、医療を実践する際に患者のニーズを把握し、患者の視点を取り入れることが重要な一つの課題になっている。2002年の新聞による世論調査によれば、医療事故に対する不安を感じている人が全体の74%おり、医師に対してあまり信頼していない人が26%いることが明らかになるなど[20]、国民の医療に対する信頼と安心は、十分ではない。患者は自分たちの医療に対するニーズをアピールし、医療機関や政府に対して、情報を積極的に国民に公開し、医療の質の議論に自分たちも巻き込むように、要請するようになってきている。

現在、患者が集団となる患者団体は、主に疾患別に集団となって、Self-help Groupとして情報交換や相談事業を行っている。また、医療に関心をもつ自主グループとしてのいくつかの団体は、医療消費者としての権利の啓発活動や患者の相談事業を積極的に行っている。

日本では、医療に関する広告については、利用者保護の観点から限定的に認められた事項以外は、原則として広告が禁止されている。しかし、患者の保健医療サービスに関する情報ニーズは非常に高く、雑誌や書籍で評判のよい病院や医師を特集する記事は数多くみられる。2002年には広告できる情報が大幅に緩和され、専門医の認定や、平均在院日数、手術件数、セカンドオピニオンの実施など具体的な診療内容の一部を患者は知ることができるようになった。

近年は、インターネットの利用率も高まり、必要な情報をインターネットで検索して得ることも広まっている。一部の医療機関や医師個人はインターネットを用いて積極的に治療方法や実績を公表したりしている。インターネットによる情報の信頼性の評価は難しいが、患者がインターネットを用いることで収集できる情報の量は格段に増加することが考えられる。

また患者として自分の医療情報に対する関心も高まっており、診療報酬明細書（レセプト）や診療録（カルテ）、検査データを閲覧したり、必要な場合は謄写をとることを求める声が強まっている。1997年には、被保険者から保険者に対し求めがあった場合にレセプトを開示するよう見直しが行われた。日本医師会は、1999年に患者が自己の診療録などの閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとすることなどを内容とする「診療情報の提供に関する指針」をとりまとめ、2000年１月から実施している。

(5) 診療ガイドライン

日本の医療制度の構造改革が始められた1980年代の後半には、当時の社会的背景を受けて、厚生省（現・厚生労働省）と医師会が共同で高血圧や糖尿病などの各種疾患の診療ガイドラインを作成した経緯があった。その後、一部続けられたものの、大きな動きは最近に至るまでない。

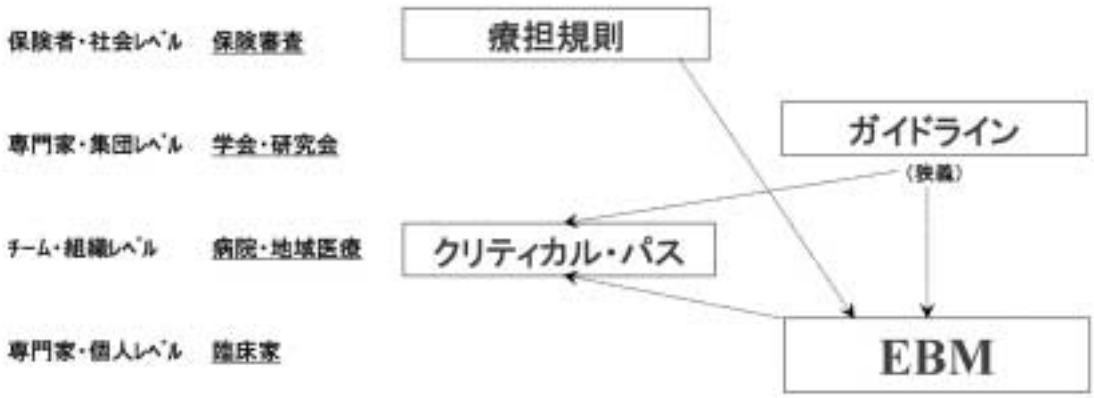
1999年３月23日、厚生労働省健康政策局医療技術情報推進室は「医療技術評価推進検討会」の報告書をとりまとめて発表し、根拠に基づく医療（EBM）の推進を提言した。この委員会は自治医科大学の高久文麿学長を委員長に、筆者を含めて12人の委員から成り、1998年６月から６回にわたり、医療技術評価（Medical Technology Assessment）の日本の医療現場への応用について検討を重ねてきた。結論として「EBMの推進」を柱に「臨床ガイドライン」の作成や、「医療技術評価の推進」、「臨床研究の充実」、「情報ネットワークの構築」などを提言した。本検討委員

[20] 朝日新聞総合研究センター（2002）

会は1995年に設置された「医療技術評価のあり方に対する検討委員会」の提言を踏まえて出発したもので、具体的には、日本では欧米に比して医療技術評価の分野は未発達で、今後さらなる医療技術の発展や国民の期待、資源の制限から日本でもこの分野の重要性が増すと指摘しており、「情報システムの整備等、環境の整備」や「国際協力の必要性」、「根拠ある医療（EBM）の実現」などが提言された（図２－５）。

「医療技術評価推進検討会」の報告書では、個々人の臨床家を支援するEBMのみならず、医療界としてガイドラインづくりが必要と提言されており、その対象として重要疾患を委員による優先順位決定法を使って決定した。「健康の改善」すなわち治療ガイドラインの有効性、「患者数」すなわち改善の大きさ、「費用対効果」すなわち効率性、「標準化」すなわちばらつきの是正、の４項目からそれぞれ重み付けし、定量的な検討を行った結果、高血圧や糖尿病などの10疾患が順位付けられた。上位から順に、関係学会や医師会の協力の下、治療ガイドラインが作成されている（表２－３）。

図２－５　臨床ガイドラインとその応用



出所：筆者作成。

表２－３　臨床ガイドライン作成に関する研究一覧の例（1999年度）

疾患名	研究課題名	研究者
高血圧	高血圧治療のガイドライン作成に関する研究	研究主任・藤島正敏（九州大学）ほか11人
糖尿病	科学的根拠（Evidence）糖尿病診療ガイドラインの策定に関する研究	研究主任・赤沼安夫（朝日生命糖尿病研究所）ほか13人
喘息	喘息治療のガイドライン作成	研究主任・宮本昭正（日本臨床アレルギー研究所）ほか４人
虚血性心疾患	急性心筋梗塞及びその他虚血性心疾患の診療情報の整理に関する研究	研究主任・上松瀬勝男（日本大学）ほか12人
泌尿器科領域	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究	研究主任・大島伸一（名古屋大学）ほか５人

出所：筆者作成。

（6）臨床指標（クリニカル・インディケータ）

１）臨床指標開発の歴史

欧米と同様に日本でも臨床指標による医療の質の評価はVHJ病院グループ[21]などの先進的な病院で試みられてきた。また、複数の病院が中立的な組織にデータをプールし、ベンチマークする活動は、2001年、東京都病院協会の自主参加病院10施設による試行が日本で最初のものと考えられる。転倒、院内感染などの病院全般にわたる臨床指標以外に24の疾病を各疾病１つずつのリスク調整要因を用いて算出した在院日数死亡率、予期せぬ再入院などを測定するものである。2005年には19施設に増え、この数年、各指標は改善傾向を示している。

第２のグループは2003年に始まった国立病院グループ152病院で、独立行政法人化に向けてその前後を比較しようとする試みであった。全施設共通の平均在院日数など22指標と政策医療分野ごとに政策関連施設のみが参加する複数の臨床指標のベンチマーキングから成る。分母分子から割り返した粗率を指標にしている。

第３の試みは2004年の国公私立の大学病院グループの活動で東京大学・永井病院長が音頭をとり始まったもので、質のみならず、ユーティリゼーションの評価を含み、極めて多数の指標から成っている。国立病院と同様、リスク調整はなされていない。

第４の試みは、2004年から開始された厚生科学研究「臨床指標を用いた医療の質の向上に関する国際研究」（主任研究者／長谷川敏彦）で、これらの種々の病院グループを横断的に比較し、国際的なノウハウを用いたメタ分析的研究活動である。

２）臨床指標のメタ分析評価研究

筆者が主任研究者として開始した臨床指標のメタ分析のプロジェクトは、医療の結果を「安全、良質、満足」の３側面と規定し、これらを患者への顧客満足度調査や病院からの報告による臨床指標などによってベンチマークを試みるものである。

研究には、初年度に、国立病院、労災病院、国立大学病院、社会保険病院、日赤病院、自治体病院の６グループの日本を代表する病院が参加し、２年目には、済生会やVHJ、全日病[22]などの私立病院も加わった。初年度の顧客満足度調査への参加は277施設で、次年度は100病院が新たに参加し344施設となっている。臨床指標を用いたベンチマーク参加施設は198にのぼり、DPCデータを用いリスク調整が可能な国立大学、社会保険のグループと個別施設での集計値を基にした国立病院、日赤、自治体病院の２つのグループに分かれる。労災病院のように個人の診療成果が電子化されICDコード[23]がふられている病院グループの場合は一定の条件でDPCデータへの読み替えが可能である。

評価の対象としては、病院のプロファイルを把握する病院特性と、いわゆる医療の質を表す診療成果の２側面から成る。

前者は地域中核的急性期病院を理念型とし、外来入院比や紹介率などの診療特性、各部門別の特性等、必ずしも診療成果を表すものではなく、病院の性格を示すものと想定している。診療成果としては、院内感染、転倒など医療安全に関連した指標と古典的な結果、すなわち疾病の平均在院日数や手術の死亡率などを収集している（図２－６）。

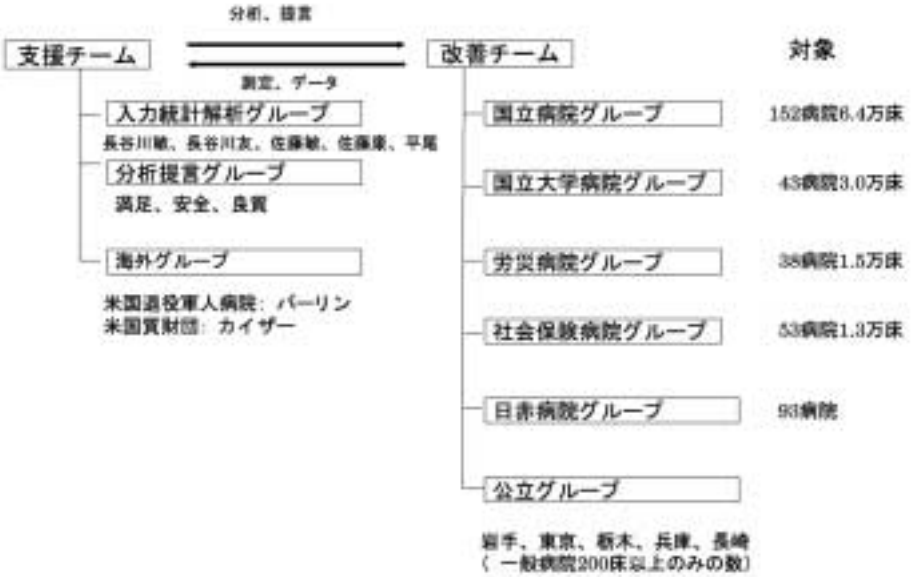
---

[21] VHJ（Volunteer Hospital Japan）機構。医療の質向上に関する自主的は活動を行っている病院の団体。2004年にNPO法人化、2006年３月時点で30団体が加盟。

[22] いずれも民間病院グループの名称。

[23] ICD=International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems。WHOが定めた国際疾病分類コード。

図２－６　メタ分析評価の研究組織図



出所：筆者作成。

３）臨床指標の評価の実際

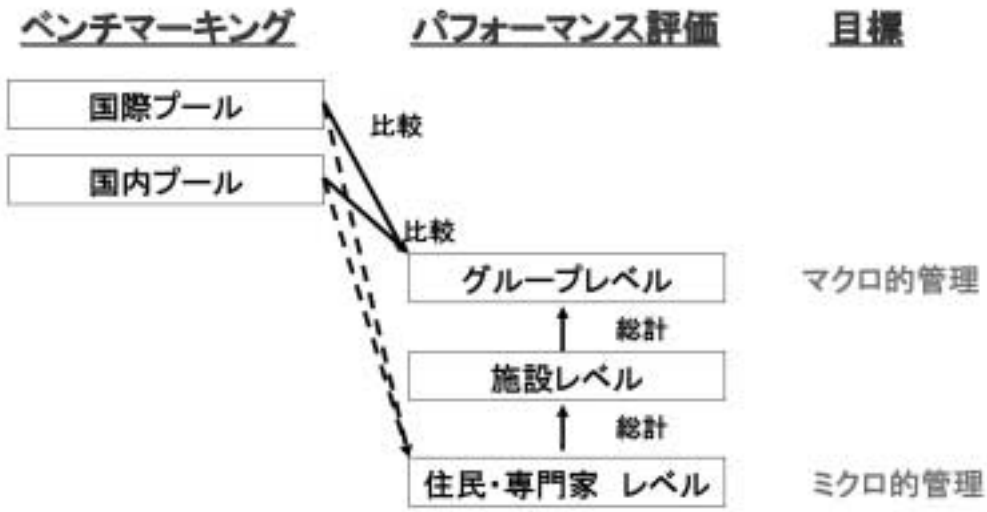
様々な指標のなかから病院特性、医療の質への病院の努力を示すもの、患者安全に関連するもの、診療成果の４領域から５指標を選び各施設のベンチマークを試み、具体的には２つの病院グループの平均をそれぞれ25の指標に標準偏差を表したり、２つのグループの平均在院日数の分布を示したりすることで、比較を試みている。例えば、胆のう摘出手術の術前術後の在院日数を比べると、術後の分布はグループごとにあまり相違はなく、術前でグループB[24]が長く経営改善の余地があることを示唆し、さらに標準偏差と異常値（アウトライヤー）の分析から、グループAは平均としては在院日数が短いにもかかわらず、術後入院が極めて長い病院が多数存在していることがわかった。これらの詳細な評価は医療の質の改善に有用である。

４）総括

臨床指標による質の改善は、近年、国内外ともにあらためて注目を浴びている。その背景には、「全世界的な医療の質・安全への関心」以外に「質の測定が医療の成熟化や標準化によって可能となったこと」が考えられる。病院経営もこれまで財務面を中心に分析評価されてきたが、これからは診療の結果の向上を目指した新たな経営の手法が必要となってきている（図２－７）。

[24] グループA、Bは図２－６に示される病院グループを指すが、特定を避けるため、仮称にて表記している。

図２－７　ベンチマーキングとパフォーマンス評価



出所：筆者作成。

2−2　保健医療分野のTQMと質改善活動

２－２－１　サービス産業とTQM

２－１では、保健医療分野における質の動向の概略をまとめたが、質改善を検討する上では、質の本質を理解することが重要であり、そのためにはまずサービス産業としての質の特性を明確にする必要がある。サービス産業の特徴として以下の４つの性質があるといわれている[25]。

・無形性

購入以前に試用ができない。例えば、美容院のようにカット、パーマの仕上がり感を購入前に試すことはできない。サービスの質をアピールするためには、無形を有形に変化させる必要性がある。例えば、美容院であれば、ヘアカタログを用意するなどが考えられる。

・非分離性

生産と消費が分離できず、同時に行われる。前述の美容院でいえば、カットサービスを在庫することはできない。サービスそのものの在庫はできないので、回数券などによる料金の前受けなどによる収益の調整が考えられる。

・変動性

提供者、時間、場所によって大きく左右される。同じカットでも美容師によって異なるし、同じようにカットしても、依頼者によって満足が異なる。そのためカットのプロセスの質（カット技術）の向上、カット後のイメージをコンピューター・グラフィック（CG）で表示するなどが考えられる。

・即時性（消滅性）

非分離性とも関連するが、在庫できないことにより、顧客の増減に合わせてサービス量を調節することが難しい。美容院ではいくら来客が一時的に増加しても、美容師の数、設備の数以上にカットすることはできない。逆にお客が来ない時間でも開店している必要がある。そのため予約制にするなど、ピークをコントロールする必要性がある。

---

[25] Kotler（1996）p. 434

これらの産業特性からサービス産業の質管理では、事前にサービスの質を確認することが難しいこと、途中での手直し（品質の見直し）ができないこと、TPOによって要求される質が異なること、要求水準を確認することが難しいことなどを考慮する必要がある。つまり、サービス産業のTQMではこれらの特徴を踏まえた上で実施することが望まれるわけである。

通常、品質管理の基本として「お客さま第一主義」や「消費者中心」などが謳われ、その一環として「後工程はお客さま」という考えの下、粗悪品を後工程に送らない、段階ごとに品質の管理をしていくことの重要性が強調されている。サービス産業の場合、間接部門としての前工程は存在するが、工場のように流れ作業で商品が製造されるわけではないので、段階ごとの品質管理は成り立たない。つまり常に最終商品の品質を高める必要がある。またサービスは無形であり、その評価が難しいことから、アウトプットを評価することは難しく、また即時性があることから、アウトプットを評価してもその時点で顧客の期待から外れたものであった場合は、顧客の信用を失ったり、場合によっては重大な過失を発生させる場合もある。そのためサービス産業の品質管理においては管理プロセスを評価することがより重要であり、そのための組織づくり、規範づくりなどが欠かせない。また、低評価もしくは重大な過失となる兆候を少なくすることが重要であり、製造業以上に「ひやり・ハット」の確認をおろそかにすることはできない。

日本の産業におけるTQCからTQMへの変遷は、品質改善活動が製造業からサービス業に移転したことに伴って進んだ。つまり、質を改善するにはマネジメントの改善が必要であるという視点に初めて立ったということである。しかし前述の日科技連のTQM委員会の委員長であり、近年は医療界にもTQM導入を働きかけている東京大学大学院の飯塚教授に、筆者が直接聞いたところ「1980年代にソフト、建築、電力、ホテル、銀行などのサービス産業でTQMを実施したがあまりうまくいかなかった。その要因は各業界のコアになっている技術要素が定義されていなかったことにある」ということであった。つまり顧客中心に考えた場合、サービスという商品を提供するプロセスにおいて、誰が顧客でその顧客が何を求めているか、それに対して何が重要なのかということを明確にできなかったということである。また飯塚教授は「医療界でも自分たちがどのような技術をもってサービスを提供しているかを明確にする必要がある」とも述べていた。つまり、TQMの実践には保健医療サービスの本質を明確にする必要があるということである[26]。

２－２－２　保健医療サービスとTQM

保健医療はサービス産業の一形態であるが、ほかの産業とは異なる性質をもつといわれている。川渕は日本の病院組織の特殊性を以下のとおりまとめている[27]。

①一般企業は営利組織であるが、病院は原則“非営利”型組織である。

②一般企業は社員のほとんどがほぼ同質な集団であるが、病院は国家資格に裏付けられた多種多様な専門職集団である。病院組織では診療部門を中心とする医療関係部門が、一般企業の開発、製造、販売部門を兼ねている。

③一般企業は総合職などで部門間移動があるが、病院は専門職集団なので部門間移動はあまりない。

④一般企業は「会社一丸」という組織風土をつくりやすいが、病院組織は個人主義が強く、まとまりに欠ける。

---

[26] インタビュー結果より。
[27] 川渕（1993）p. 32

⑤一般企業は社員同一の給与表が適用されるが、病院では職種別の給与表が存在する。
⑥一般企業は終身雇用制度を原則としているが、病院は中途退職・採用が一般的で職員の離職率・転職率が高い。

上記の特徴は、日本の病院組織が日本企業の組織形態より欧米型企業の組織形態に近いということを表しているといえる。そうであれば、日本型TQMのようなボトムアップ型の改善活動よりも、欧米型の6σのような改善活動が向いているようにも思われる。

また詳細は後述するが、米国で実施された、病院へのTQM導入プログラム（NDP）では他産業と異なる医療機関独特の特徴として、

①インプット（治療や投薬など）とアウトプット（完治や後遺症、死亡など）の間の不明確な関係（因果関係を明らかにできないことが多い）。
②顧客（患者）が医療の質が高いか低いかを区別するのが非常に難しいこと（良しあしの結果が出るのに時間がかかることがある）。
③ 権力の二重性（管理部門と医療部門）。

などが挙げられている[28]。

上記から勘案すると、病院においては強力なトップダウンによる6σの導入も権力の二重性という障害により困難が予想される。また通常のサービス産業と異なり、消費の即時性と効果の即時性がリンクしていない特徴もある。

さらに一般的には医療業界の特徴として、労働集約型産業であることも挙げられる。労働集約型産業の場合、その中心は人力であり、人によるミス、つまり無理、無駄、むらなどが起こりやすいといわれている。TQMの導入による改善活動が最も期待できるのは、この労働集約型産業といわれている。これはTQMによる品質管理の原点が無理、無駄、むらを発見し、それをなくしていくことだからである。そのような観点から医療産業においてもTQMを導入する素地が十分にあるということもいえる。

医療では改善が必要な事項は多いが、産業界でのTQMや改善のノウハウを単純に転化することは難しく、医療のためのTQMの試行が必要となるということになる。

しかし、前述の東京大学大学院の飯塚教授によると「産業界と医療界の状況はたいして変わらない」ということであった。「実際、産業界においても、営業部門や設計部門の方向性が異なることはあり、顧客志向に徹することが重要」であり、そのためには「BSC（バランス・スコアカード）の考え方が有効」であり、さらにサービス産業のTQM導入における失敗の要因として「各業界の『コアの技術要素（コア・コンピタンシー）』が定義されていなかった」ことを同教授は挙げた。

つまりTQMの導入には、まず医療産業とは何をもって対価を得ているのか、何に対して顧客は対価を払い、何によって満足を得たいと考えているのか、その満足は提供側のどのような要素（技術、行動、態度など）によってもたらされるのかなどを明確にする必要があり、その手段としてBSCが活用できるということである。

２－２－３　病院における質を高める活動

本項では特に病院におけるサービスの質を高める具体的な活動の主なものとして、「品質保証」、

[28] Berwick（1990）p. 151

「TQM」、「クリニカル・ガバナンス」の概略を示す。本論の中心はTQMであるが、保健医療分野、特に病院におけるサービス改善では、まず「品質保証（QA）」があり、品質保証を確保する包括的なアプローチとして「TQM」が活用され、さらに医療の質確保の究極的な形としての「クリニカル・ガバナンス」（診療活動の標準を改善するための（病院）統治システム）という概念が広がりつつあることから、この潮流に関して概略をまとめることは次章以降の事例分析においても有益であろう。

（1）品質保証（QA）

品質保証（QA）は、もともとは工業製品などの品質をどのように保証していくかという概念とその活動のことであるが、保健医療分野においても広く導入されている概念である。病院における品質保証は可能な限り効果的かつ安全な医療行為を提供するための改善活動やモニタリングであり、最小限のリスクで最大限の効果を得るための医学的科学、技術の応用と定義される。これはいわばQCの原点である、「当たり前のことを当たり前に実施する」ことに通ずるものである。病院サービスにおけるQAでは、以下の点がモニターされ、改善されることが期待されている。

- 技術的パフォーマンス（Technical Performance）
- サービスへのアクセス（Access to Services）
- 治療の有効性（Effectiveness of Care）
- サービスの効率性（Efficiency of Service Delivery）
- 対人関係（Interpersonal Relations）
- サービスの継続性（Continuity of Services）
- 安全（Safety）
- 医療施設と快適さ（Physical Infrastructure and Comfort）
- 選択（Choice）

通常、各病院では上記基準が単体としてモニターされ、改善されていることは多い。今後はさらに「臨床基準（Clinical Standard）、パフォーマンス管理（Performance Management）、患者満足（Client Satisfaction）」の質などを包含し、保健医療サービスシステムの総体としてQAが推進される必要がある。

図２－８　ドナベディアンの評価モデル

出所：筆者作成。

また米国の医療経済学者であるドナベディアンは、1988年に保健医療サービスの評価のあり方について発表した論文において、保健医療サービスの評価を「構造（Structure）」、「プロセス（Process）」、「成果（Outcome）」の３つの側面から行うことを提唱しており、QAもこの観点からモニター及び評価されることが望まれる（図２－８）。

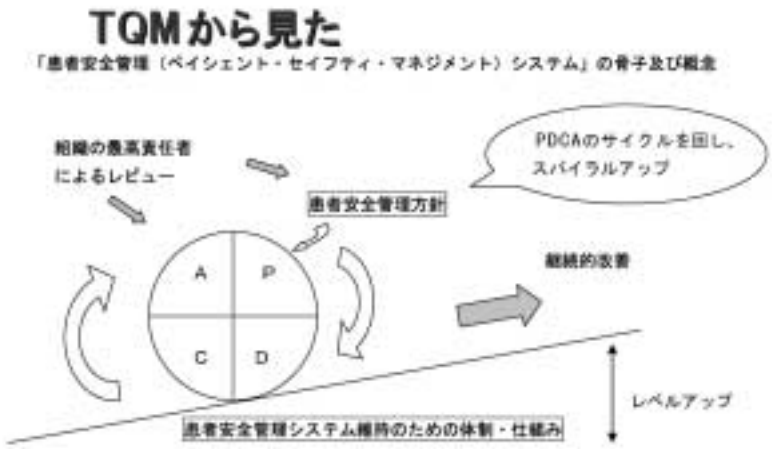
（2）TQM

病院へのTQMの導入を最初に大々的に試みたのは、1997年より米国で実施された「医療の質改善に関する全米実証プロジェクト（NDP）」であった。NDPはマサチューセッツ総合病院やブリガム＆ウイメンズ病院、ミシガン大学医療センター、カイザーなど米国の有力病院21機関がAT&Tやゼロックス、ヒューレットパッカードなど有力企業の品質管理専門家の協力の下、品質管理の考え方と手法を保健医療サービスの質の向上に初めて適用しようと試みた意欲的かつ革新的なプロジェクトであった。

1980年代の米国では、目覚ましい医療技術の科学的進歩と比較してサービスの質が低いこと、つまり医療費の高騰、医療事故、医療を受けられない無保険者の増加などが問題となっていた。この状況に対して「他産業の近代的品質管理手法（TQMなど）が活用できるのでは」という見地からNDPが立ち上げられた。NDP実施の問題意識は「他産業界の質改善方法は医療においても現状打破の助けとなり得るか？」であり、その結果は1998年６月に報告された[29]。８ヵ月間、21チームが参加した本プロジェクトでは臨床領域の質改善にまで踏み込んだ事例はわずかで、その関連部分の改善、つまり他産業の質の問題と似通った問題を取り上げている事例が大多数であった。

本プロジェクトでは病院においてもほかの産業と同様、質の改善においてTQMの手法が役立つことが実証されたが、①職種を超えた（Multidiscipline）チームによるアプローチが有効である、②質改善の手法は使っていてとても楽しい（質改善はつらく、困難なものという事前の印象に対して）、③低品質はコストが高く、節約は手に届く範囲にある、④医師を巻き込むのは難しい、⑤職員への研修は早い時期に実施するべき、⑥質をもっと広い意味でとらえる必要性、⑦産業界と同様、リーダーが鍵を握る、などの示唆が導き出された。また医療機関におけるTQM導

図２－９　PDCAサイクル



出所：筆者作成。

[29] Berwick（1990）「序章」を参照。

入の特徴として、①統計の重要性を認識しやすい（統計になじみのある人材が多い）、②データが豊富にある、③臨床と管理部門を区別してしまう傾向（誤った方向）などが挙げられている。

またNDPと同様なプロジェクトは日本においても実施されているが（詳細は後述）、加えて日本の病院においては、患者安全、医療安全の観点からTQM導入が検討され始めている[30]。安全管理の継続的な向上を目指す考え方として有用と考えられるが、その効果の測定は今後の課題である。

（3）クリニカル・ガバナンス（Clinical Governance）

クリニカル・ガバナンスとは1997年に英国のブレア首相が掲げた医療改革の概念で、NHS（National Health Service）改革の中心概念である。NHS改革の報告書では「クリニカル・ガバナンスは保健医療機関により提供される専門的なサービスの質のモニターやチェックと、関係者への説明責任に対する体系的な過程（プロセス）である。そしてよい診療を促進し、あしき診療を防ぎ、容認できない診療を発見することである。臨床的な行動規範についても、臨床行為の一部として基準を設定する。そしてこのために、病院や診療所の現場における臨床サービスの質の責任体系、継続的な質向上のメカニズム、優れた臨床を生み出す学習や研究のための環境づくりを促す仕組みを構築する」と記載されている[31]。クリニカル・ガバナンスは医療版コーポレート・ガバナンスであり、コーポレート・ガバナンスが株主統治の強化を挙げているのに対し、クリニカル・ガバナンスでは誰のための医療かという問いに対して、国民のため、患者のための医療という観点からの統治を検討するということである。

クリニカル・ガバナンスの背景は、サッチャー政権時代の「小さな政府」政策により、保健医療分野においても医療費抑制政策が敷かれ、その結果としてNHSの歳出は削減されたが、待機者リストの問題、人的資源不足、モラル低下などの保健医療サービスの質の低下が発生したことへの反動である。具体的には、ブリストル王立小児病院における小児の心臓外科手術38件のうち、20人が亡くなっていたことが明るみに出たため病院の管理責任が問われ、最終的には英国医道審議会により、医師２人の診療停止処分、医療管理者が責任を問われることになった。つまり行き

表２－４　クリニカル・ガバナンスの基準

- 患者への結果ベース（Patient Outcome Base）
  サービス供給を決定する基本であり、患者の参加そしてその権利が守られる必要がある。
- 臨床のリーダーシップと参加（Clinical Leadership & Involvement）
  医療従事者のスキルアップと知識の供給、チーム医療の実施。
- 情報とデータベース（Information & Date Based）
  データのタイムリーな収集、分析、フィードバックと適切な分析。
- 継続（Sustainable）
  資源の継続的な投入と上部組織のコミットメント。
- システムワイド（System-wide Approach）
  レビューと質保証の一貫性を担保する。
- 学習文化（Learning Culture）
  継続的な学習への支援、責任分担、失敗から学ぶ。
- パートナーシップ（Partnership）
  最大の効果を得るための学術分野や適切な人々、機関との提携。

出所：筆者作成。

[30] 国立保健医療科学院（NIPH）では、病院の経営者、管理者向けの医療安全研修を実施しており、そのなかで、PDCAサイクルを基に安全管理を回していくよう指導している。
[31] Chambers（2004）「序文」を参照。

表２－５　クリニカル・ガバナンスの10項目

①科学的根拠に基づく医療（EBM）	医療の質	医療標準化
②臨床ガイドライン（クリティカル・パス）		
③臨床監査（クリニカル・オーディット）		
④臨床指標（クリニカル・インディケータ）		
⑤医療安全計画（ペーシェント・セーフティ）	医療安全	安全文化醸成
⑥事故からの学習		
⑦苦情からの学習		
⑧能力の強化		
⑨クリニカル・ガバナンスの全職員による理解	基盤強化	組織化
⑩リーダーシップとチーム医療		

出所：筆者作成。

過ぎた民営化路線、コスト削減路線に対するアンチ・テーゼとしてのクリニカル・ガバナンス（診療の統治）である。

クリニカル・ガバナンスでは各医療機関が患者に最適な医療の適用、医療の質改善を目指して、以下の基準を包含する形で各医療機関のガバナンス体系、プロセス、手段を計画、実践、評価することが求められている（表２－４）。

またクリニカル・ガバナンスの具体的な活動としては診療監査（Clinical Audit）、教育と訓練（Education & Training）、研究開発（Research & Development）及びリスクマネジメント（Risk Management）などがあるが[32]、各医療施設がクリニカル・ガバナンスを確立するためには表２－５の10項目に関して検討し、その指針を示すことが求められる。

２－３　日本における病院のTQMの経験

２－３－１　日本の病院におけるTQM

それでは、産業界におけるTQM先進国である日本では病院におけるTQMはどのように発展したのであろうか。日本の場合、前述のように行政施策としてのTQMなどの推進はないが、1999年（平成11年）に「医療のTQM推進協議会」が設立され、医療の質改善の取り組みを行う医療機関の相互の啓発と交流、質向上の手法の開発や普及の支援活動を行う、医療機関における品質改善ネットワークが形成された。

また2000年より上記推進協議会が中心となって日本版NDPを実施しており、2005年現在、フェーズ３として、安全対策モデルの開発と実証、教育モジュールの開発、医療TQMモデルの開発などが行われている[33]。

日本では1980年代より民間病院がQCの導入を開始したが、前述のように必ずしもTQMとして実施されていたとはいえないようである。本格的にTQMが開始されたのは1990年代後半からと思われる。

その理由として何点か考えられるが、まず経営危機に対する院長を含めた経営陣の危機感がな

[32] Starey（2003）p. 1
[33] http://www.ndpjapan.org/news.htm#　NDPの活動報告より。

かったことが挙げられる。日本の公立病院や大学病院の大半は赤字経営であるが、その赤字分は地方公共団体や国などにより補てんされてきた。また多くの病院で、臨床部門と経営部門は不可侵の場合が多いこと、事務方の経営幹部は地方公共団体などからの出向者が多いことなどにより、経営に関する責任や権限が明確でない場合が多い。さらに医療法により病院の管理者は医師である必要があり、経営の素人が病院運営のトップにいる。このような要因により、病院経営への関心があがらない現状があるといえよう。実際に経営危機を発端としてTQMの導入を試みた最初の病院は、練馬総合病院であるといわれている。このような状況に対して行政は、国立病院の独立行政法人化及び大学の独立行政法人化に伴う国立大学付属病院の脱国立化などにより、各病院の存在意義をあらためて問い直し、各病院に対して効率的な経営を行うよう促している。

また、QCからTQMに移行することによる経営上のメリットが感じられなかったという側面もあると思われる。医療における最大の課題は医療費の高騰であり、近年の医療費の伸び率はGDPの伸び率を超えるものとなっている。さらに社会の少子高齢化に伴う社会保険料の負担増に対する国民の関心はますます高まっており、医療行政はいかに医療費を削減するかという課題に重点的に取り組んでいる。ゆえにコストの削減は質を担保した上でという暗黙の了解から、効率的な医療の実施の手段としてQCの活用が期待されたようである。しかし日本では診療行為に対する支払いは出来高払い制度を基本としており、国で定められた診療報酬点数表（価格表）によって単価が決められている。そのため効率化とコスト削減が結びつかない場合がある。つまり総費用の削減は可能でも同時に収益も減少してしまうので、人件費などの固定費用率が高い日本の病院では原価率が上昇してしまうのである。よって下手な効率化は病院の不利益となる可能性がある。日本ではこの診療報酬制度の制定及び改定による医療支出の統制が行われていることから、この制度が病院に与える影響は大きい。例えば川渕は、医療連携が求められている日本の医療業界においてその連携が進まない理由の一つとして、“「診療情報提供料」などの点数が低く、紹介のインセンティブが低い”ことを挙げている[34]。そこで医療行政も病院が効率的な医療を実施するためのインセンティブを診療報酬制度のなかにも組み込む取り組みを始めている。

ではどのような形でTQMが日本で推進されるようになってきたのであろうか。その確認のためには、まず日本で医療の質を検討するきっかけになった事項を検討する必要がある。

日本で医療の質向上が問われるようになった背景として、①医療が量的には十分拡充されたこと、②疾病構造の変化及び人口構造の変化などを背景として、国民が保健医療サービスの質を問うようになってきたことが挙げられよう。そのような状況を受け、1995年、医療機能の第三者評価システムとして財団法人医療機能評価機構が設立され、1997年より評価認定事業を行っている。その評価領域は経営から臨床まで幅広い。評価を受けるか否かは病院の意思に任されており、認定の公表も自由に行われている。また2002年の診療報酬改定においては、緩和ケア病棟、入院料・緩和ケア診療加算、外来化学療法加算の算定要件の一つとして同機構による評価認定が位置付けられている。このように、自病院のサービスの質を評価し、公表することが経営上のメリットになることから、各病院がその恩恵を求めて医療の質向上を目指す土壌が整ったといえよう。また日科技連は2004年５月に、日本品質奨励賞の医療版として「医療の質奨励賞」を創設している。

また病院の使命、病院経営者の理念として収益を上げること（安定的な経営）にプラスして安全という課題の重要さが認識されるようになったことがあるといえよう。1999年の横浜市立大学病院における患者取り違え事故（医療事故）は医療者への不信を増大させ、医療の質を検証する必要があることを世に知らしめた。医療安全は上記医療事故以降、行政施策としても事例分析、

[34] 川渕（1993）p. 70

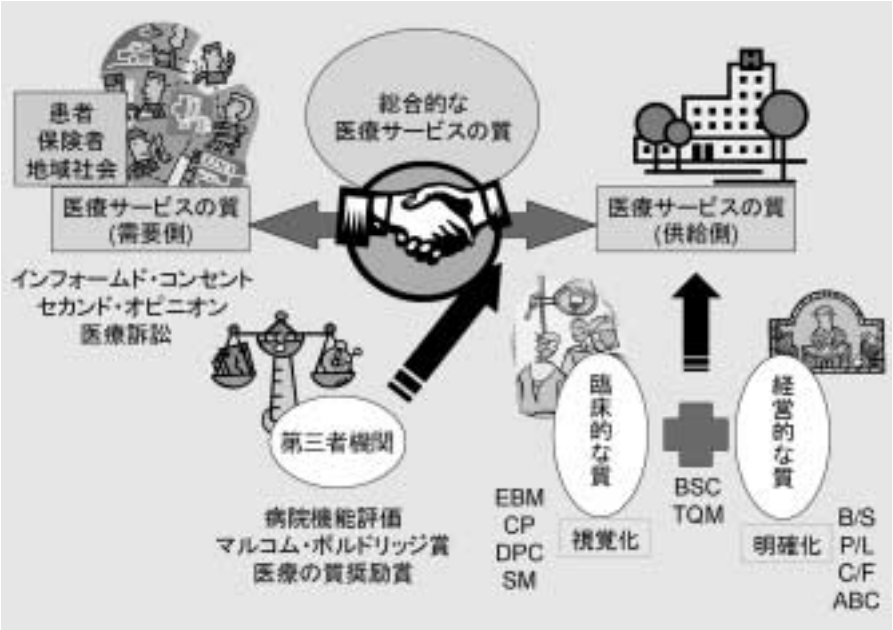
マニュアル・ガイドライン作成などが実施されている。またリスク管理から安全管理へ、つまり事故が起こってからの対処や事故が起こりやすい状況への対処から、事故が起こりにくい仕組みをつくる方向へ変化している。

要するに、日本の病院は経営的な質の視点のみならず、臨床的な質の視点を改善する必要性に迫られたのである。医療安全と収益の両立は企業価値が収益のみならず企業の社会性にも着目したバランス・スコアカードの概念と同じであり、病院の社会性という観点から浸透しつつある。またリスク管理から安全管理への移行はTQMのシステム改善の考え方と同じであり、安全管理の一手法としてTQMの活用が推進されている。

以上をまとめると日本では病院の存在意義や理念が、収支や社会的役割の両立であることが認知されたことにより病院の二本の垂直的な理念、つまり経営陣と医療者の理念が一致し、さらに個人の責任からシステム・組織の改善の必要性が認知されたことにより水平的な課題の共有、つまりグループによる課題の共有がなされた。その要因は、日本の病院による医療事故であり、それをきっかけとして他産業のシステムを取り入れ、その一つとしてTQMの必要性が高まってきたと思われる。

以前のように、QC活動を行い各グループによる改善活動によって病院として改善に取り組んでいるとアピールができる時代から、全病院的に医療サービスの質向上に取り組んでいるという姿勢を示すことが求められたことにより、QCからTQMの脱却が必須となってきたのであろう。

図２－10　理想的な保健医療サービスの質



凡例：EBM（Evidence Based Medicine）＝根拠に基づく医療
CP（Clinical Path）＝クリニカル・パス（診療工程の管理図）
DPC（Diagnosis Procedure Combination）＝診断群分類（医療行為の標準化）
SM（Safety Management）＝安全管理
BSC（Balanced Score Card）＝バランス・スコアカード
TQM（Total Quality Management）
B/S（Balance Sheet）＝貸借対照表
P/L（Profit and Loss Statement）＝損益計算書
C/F（Cash Flow Statement）＝キャッシュフロー計算書
ABC（Actively-based Costing Analysis）＝活動群に基づく費用分析
出所：筆者作成。

上記を基に、理想的な保健医療サービスの質を得る仕組みを図式化すると図２－10のようになる。保健医療サービスの特徴としてまず臨床的な側面と経営的な側面があり、その両方で保健医療サービスの質が成り立っている。この関係は従来トレードオフの関係があると思われていたが、双方を向上させる必要がある。また供給側の質は需要側の求める質と適合する必要があるが、情報の非対称性があるので第三者機関による評価が必要となる。その３者間の関係から求められる総合的な質が、理想的な医療の質と定義することができよう。

２－３－２　日本の事例　～練馬総合病院におけるTQM～

本報告書では、途上国における病院のTQM事例の紹介から、保健医療分野におけるTQMのあり方の考察を行っているが、本項では途上国との比較という観点から、日本の病院におけるTQMの事例として練馬総合病院を取り上げてみたい。

本病院は1948年（昭和23年）開院で、運営母体は財団法人東京都医療保険協会である。本病院はTQMが最も成功裏に実践されている日本の病院の一つであり、その活動はMQIという名称で、医療界のみならず一般産業界からも評価されている。また本病院では近年、一般産業から学ぶだけではなく医療界からの情報発信にも努めている。

本病院における改善活動を開始するきっかけは、1985年（昭和60年）の第１次医療法改正による地域医療計画に端を発した経営状況の悪化である。具体的には、地域医療計画による病床規制の前に全国的な規模で駆け込み増床がなされ、看護師不足が起こり、その対応ができなかったことを引きずり、徐々に悪化していた。この状況下、1991年に現理事長兼院長の飯田修平氏が院長となり、組織改革を開始した。日本の病院では、医師である院長の経営的観点は疎い場合が多い。特に公的病院に関しては、2004年に国立病院が独立行政法人化するまでは病院の赤字は国庫補てんされており、自治体病院においてはその大半は現在でも赤字経営であり、地方自治体による補てんが行われている。つまり日本の医療界においては、経営的観念から改善活動を目指すということは当時、大変珍しかったといえる。飯田院長いわく、「改革しなければ病院がつぶれる」という状況に追い込まれたことが、組織改革のトリガーとなった[35]。

飯田院長は、まず院長就任あいさつにおいて、全職員へ意識改革への強い意志を明示し、協力を求めた。「職員が働きたい、働いてよかった、患者さんがかかりたい、かかってよかった、といえる医療を行う」という理念の下での改革である。内部顧客（職員）への働きかけと外部顧客（患者）へのサービス向上、そして“病院で行う業務はすべて医療である”という観点から職種間、部署間連携を進め、チーム医療を推進した。一見当たり前のように思われる事項であるが、当時の日本の病院では当たり前ではなかった。患者サービス向上のために職員の労働負荷が増加したり、診療科と医事部の連絡ミスにより会計で患者が長時間待たされたりという状況が日常的に発生した。つまり、当たり前のことを当たり前に実施するということを普通に実践するということが難しかったのである。

外科医である飯田院長は、経営や病院の組織改革について学ぶべく、当時優良といわれていた病院を訪ね、話を聞いたりしたが、あまり参考にならなかったという。また一般の企業の経営や経営学に関する書籍などからTQMが有用であることに気がついたが、病院に導入できそうな参考事例はなかったという。

その後、1996年２月に役職者有志懇談会を開催し、その討議のなかから病院独自の医療の質向上活動の開始が提案され、それを契機に医療の質向上活動（MQI）を開始した。MQIでは毎年統

[35] インタビュー記録より。

表２－６　統一テーマ（練馬総合病院）

年度	統一テーマ
平成８年度	時間
平成９年度	情報
平成10年度	ながれ
平成11年度	仕組み
平成12年度	標準化
平成13年度	安全
平成14年度	評価
平成15年度	５S（整理・整頓・清潔・清掃・しつけ）
平成16年度	５S（整理・整頓・清潔・清掃・しつけ）
平成17年度	創る―新病院建設に向けて―

出所：練馬総合病院ホームページより。

一テーマを決め、そのテーマにのっとって、チームが形成され活動を実施している。また毎年発表会を行い、優秀チームを表彰している。各年の統一テーマは表２－６のとおりである。

本病院の活動で特徴的なのは、一般的な日本型TQMの手順を踏んでいないことである。日本の一般産業界のTQMでは5Sの導入から始まる場合が多いが、本病院の場合、“コミュニケーション→気づき→流れ→標準化→安全→評価→5S”の順で統一テーマが設定されている。飯田院長は、「製造業の場合であれば、5Sを強制的に実施するということから入ることはできるだろうが、病院サービスの場合だと5Sから実施することは難しい。表面的なこと（清掃など）はできるが、本質的なこと（なぜ清掃が必要か、清掃によって何を目指すのか）は理解されていないので、5Sから入っても病院のサービスの質は大きくは変わらない」と述べており[36]、病院の現状から統一テーマを絞っている。つまり、目に見える改善が期待できるものからの挑戦である。TQMを導入するには抵抗がある場合が大半である。その反対勢力をTQMに取り込むには、早い時期に効果を明示することが重要である。さらにTQMを一時的な運動ではなく、継続的な活動（CQI）にするのは大変難しい。そのために「あらゆる場面で言い続けること、わかりやすいキャッチフレーズをつけること、毎年変化を与えることが重要である」と飯田院長は述べている[37]。

そして、飯田院長は「医療のTQM推進協議会」の発起人として医療界におけるTQMの推進役も担っている。また2004年に開始された日科技連による「医療の質奨励賞」では副委員長を務めている。さらに病院でのTQMに関する手法の本で、実務に役立つものが少ないという思いから、TQMの仕組みづくりや理念を執筆活動（総合的質経営（TQM）、電子カルテ、業務フロー、質用語辞典など）を通じて普及している。

このように日本の病院におけるTQMは、一病院の改善活動が全国的に広がってきているとも思えるが、飯田院長によれば、必ずしもTQMが推進されているとはいえない状況であるようだ。1980年代よりQC サークル活動を実施している病院はあるが、TQMとして実施してきた病院はなく、TQMと称していても実質的にはQCサークル活動でしかない病院が多かったようである。実際、医療系ジャーナルにおけるTQM特集はQCサークル活動の紹介である場合が多い。つまりQCサークル活動からTQMに移行できない病院が多いといえよう。

飯田院長は、その要因を「トップが本気でTQMを実行しようという意識がなかったから」と述べている[38]。さらに「部署ごとにQCチームをつくって、改善活動を実施することは簡単だが、

[36] インタビュー記録より。
[37] インタビュー記録より。
[38] インタビュー記録より。

組織横断的に実施するのは難しい。また医師を巻き込むこと、さらにTQMのプロセスを踏むことによって風通しをよくすることが重要である。そのこと自体が、情報共有と標準化を行うことになるので大きな意味がある。そのためには巻き込むための理論構築が重要であり、年間の統一テーマを決めて実施しているのはそのためである」と述べている。実際、他病院ではQCサークル活動が目的化している病院が多かったことから、本病院では、まず目的を明確にすることが重要と考え、統一テーマを設定したということであった。QCからTQMへの進化は、TQMに重要なリーダーシップが欠如していたことにより阻害されていたといえよう。トップが強力なリーダーシップを発揮する機会は得てして危機の発生時が多い。日本では医療の質改善のトリガーとしては医療事故が最大のインパクトを与えていると思われるが、逆に言えば、日本の病院長にとって経営的な側面は、危機としてとらえられていなかったということであろう。

また飯田院長は、TQM導入よりも継続することの困難さを強調している。「モチベーションを維持することは大変なので、そのための努力が重要となる。それはトップ次第である。質の改善もずっと右肩上がりを維持することは難しい。なぜなら変わり続けることは大変だから。練馬総合病院でも院長が代わったらやめる可能性がある。基本的に人は変わりたくないし、危機意識がないと動かない。やる気のない人間に押し付けることはできない」と述べている[39]。実際、MQI活動の初期は院長が推進活動にかなり関与していたが、近年、推進委員会に権限を委譲して、院長の関与が下がったら質（プロセス、結果）が下がったようである[40]。

さらに診療報酬が下がっている一方で、保健医療サービスに対する患者の要求が増大している現状では、職員の給与を上げることは難しく、よって金銭的側面からモチベーションを維持することは困難である。これに対して、例えば、給与以外で執筆活動などによりモチベーションがあがる場合があるが、飯田院長は、「その効果は一時的であり、モチベーションを維持し続けることは困難」と述べている[41]。変わりたくない職員を変える手段として、また現在の状況に対して目先を変えるということにおいて、新たな手法を導入することはある程度有効だと述べているが、モチベーションの持続という観点からは難しいようである。

本病院での活動は、病院の現状に合わせて当たり前のことを当たり前に実践しているだけである。一般的に医療界は特殊な世界であり、一般の経営手法や品質管理手法は適応できないという見方が大勢であったが、本病院の活動はその見方を打ち破ったといえよう。飯田院長も以下のように述べている。「医療と他産業で質改善に対する差はない。医療が特別とは考えていない。逆に複雑な組織活動である医療が質改善に関して新たなブレイクスルーを生み出すかもしれない」[42]と。

２－４　途上国における保健医療分野のTQMの潮流

保健医療分野のTQMはこれまでに述べてきた以外にも様々な形で実施及び試行されており、また途上国においても第３章で詳述するとおり、様々な取り組みが行われている。その潮流を日本及び途上国の保健医療分野のTQM研究の日本における第一人者であり、「医療のTQM推進協議会」代表幹事でもある東北大学の上原教授が資料編においてとりまとめているので、その概略

[39] インタビュー記録より。
[40] 飯田院長の関与はあくまで推進者としての関与であり、MQIの活動そのものに関与することではない。
[41] インタビュー記録より。
[42] インタビュー記録より。

を以下に述べたい。

上原教授は1988～90年にかけての「途上国における臨床医療協力のあり方に関する研究」の結論として、従来の「質＝高度医療、先進技術」という発想を転換し、適正技術の選択と医療システムとしての質の追求の重要性を挙げている。つまり顧客に求められるサービスの質向上が重要であるということである。これを実現する上で「日本的品質管理」に着目した。

1990年当時、途上国の保健医療の質について直視した取り組みは未形成で、当時のWHOアメリカ地域事務局（The Pan American Health Organization: PAHO）で保健医療サービスを担当していたノバエス氏が機能評価（Accreditation）プログラムをラテンアメリカ諸国において立ち上げようと考えていたが、実際には実用化されなかった。

上原教授は1993～95年に、JICA政策アドバイザー専門家としてインドネシア保健省計画局に派遣されており、1995年１月に、途上国の保健医療サービスの質をテーマとする公的会議としては初めての試みであるASEAN・ワークショップ「地域保健医療の質管理」を主催した。参加各国、とりわけインドネシア、タイ、マレーシアはここで紹介した保健医療の改善活動に対して大きな関心を表明し日本の支援を強く希望したが、日本の医療界や援助機関のなかで保健医療の改善活動とその意義がまだよく知られていなかったために、継続的な援助が実現しなかった。

その後、同教授は保健医療分野におけるTQM活動を「参加型実証的質改善活動（EPQI）」という名称で体系的にまとめ、その普及に努め、1999年にはWHOの協力の下、アジア６ヵ国を対象とするTOT（Training of Trainers）コースを実施している。その結果、インドネシアやフィリピンにおいて保健医療サービス改善に関する活動が開始された。また2002年からJICAの要請により、中米８ヵ国の厚生労働省推薦者を対象とする「地域保健医療の質管理－指導者養成コース」を５年計画で実施している。EPQI中米ネットワークが形成され、それぞれの国で改善活動セミナーや改善プロジェクトを実施している。

2005年度に実施された、EPQI研修の報告書によると、中南米各地で以下のような取り組みが実施されている。

①メキシコ

病院及び保健センターにおけるEPQIプロジェクト、学術的な活動としてのEPQIワークショップ、品質管理手法の国家戦略への活用、を戦略に掲げて実施している。

②グアテマラ

「国家保健プラン2004-2008」の政策の一つとして「地方保健医療サービスにおけるEPQIプロセスの確立」を挙げ、25人のファシリテーターを訓練し、７プロジェクトを実施中。

③エルサルバドル

EPQIのトレーニングの後、15のワーキンググループが形成され、おのおの、質向上プロジェクトを実施している。

④ホンジュラス

８人のEPQIのトレーニングの後、４つのEPQIチームが形成され、小児科、産科、社会福祉、腫瘍（がん）の分野でパイロット・プロジェクトを実施している。

⑤ニカラグア

17人のEPQIのトレーニングの後、５つの品質チームを形成し、母子保健分野でのミニプロジェクトを実施している。

⑥コスタリカ

８人のトレーナー、68人のファシリテーターが養成され、2005年は「患者安全」をテーマにプ

ロジェクトが実施されている。
⑦パナマ
EPQIの訓練やセミナーを実施し、同手法の病院や地域への導入を検討中。
⑧ ドミニカ共和国
EPQIの訓練などを通じてその導入を検討中。

またEPQIの教訓として、以下の点が挙げられている。
・情報やデータに関する見方が変わった。
・経営陣のコミットメントが基本である。
・ツールを活用できるようになるまでには長い訓練が必要である。
・質を向上するには継続的な活動、モニタリングが重要である。
・情報交換や経験の共有がEPQIを継続するモチベーションとなる。
・成功には、保健行政のサポートが重要である。
・継続的なファシリテーターの育成、事業の実施が必要である。
・問題解決には問題の同定がまず重要である。
・継続的なEPQIの実施にはチームワークが重要である。
・根拠に基づく戦略づくりが重要である。

このような日本における研修の実施と、それを受けた各国における研修及びセミナー開催を通じた改善手法の普及活動という支援形態は、技術移転を目的とした従来型のプロジェクト型技術協力になじまず、それが1995年のワークショップへの継続支援がなされなかった要因とも考えられる。近年は、相手国のプロセスの変容、関与を目的としたキャパシティ・ディベロップメント型技術協力も試行され始めていることから、EPQIが普及し、途上国における保健医療分野の質向上に多大なる影響を及ぼすことが期待される。

途上国の保健医療分野に対する質改善活動は、米国やオーストラリアのコンサルタント、日本の産業界から指導を受けた現地コンサルタントなどによる普及活動もみられるが、上原教授による取り組みの影響はかなり大きいと思われる[43]。

具体的には途上国の保健医療分野の実情に合わせた手法の体系化を行い、セミナーなどを通じてその普及を図っている。質改善の必要な現場への直接介入ではなく、リーダーやキーインフォーマントへの働きかけを通じて展開されている。

[43] 後述のフィリピンの事例でも上原教授の影響が述べられている。

３．途上国の事例

３－１　途上国の保健医療セクターの特徴

途上国に限らず、TQMの保健医療分野への適応を検討する場合、まず当該国の保健医療分野の特徴を明確にする必要がある。第２章までは主に先進国における議論が中心であったが、途上国への適用を検討する場合は、以下の点を念頭に置き、議論する必要がある。

①資源の圧倒的な不足

途上国においては、治療が必要な患者数に対して、医療従事者、薬剤、施設、情報が質・量ともに圧倒的に足りないという現状がある。また資源が圧倒的に不足しているため、公的医療機関の割合が圧倒的に多く、たとえ満足な治療が受けられなくても選択の余地がない状況である。

②アクセスの困難性

上記とあいまって、患者の生活圏において利用可能な医療資源が限られること、地域によってはまったくないということもある。また道路など交通インフラが整備されていないため、先進国と同等の地理的距離にもかかわらず、医療にアクセスできないという状況が発生しやすい。

③支払い能力の低さ

患者の大半は治療費に見合う収入を得てはおらず、支払いは困難である。医療費の大半は公的に賄われ、個人による支払いはほとんどない。またその財源は公的保険などを試みている国もあるが大半は税金である。実際には公的支出が十分ではないため医療資源の不足を招いている。また個人の支払いがない状況では医療は国からの施しであり、患者としての権利を主張するには至らない。

④医療従事者のモチベーションの低さ

医療資源の圧倒的な不足は医療従事者のモチベーションを下げる。また大半が公務員であることから、給与が低く、業務に対する責任感が希薄である。さらに多くの国では兼業が認められているため、自分のクリニックに比べ公的病院での業務に身が入らない場合が多い。

⑤感染症、傷害中心から、生活習慣病への移行（Epidemic Change）

世界的な保健医療分野の傾向として、感染症などの疾病から生活習慣病などへ変遷しており、途上国はその最中、もしくは両方の疾病が同時に流行しているという状況にある。そのため、双方の医療資源を求められることから、公的医療財源が逼迫する状況をさらにつくりやすくさせている。

このような特徴はTQMの適用に際して、マイナスに働く要因が多いと思われるが、必ずしもそうとは限らない。逆に言えば、上記特徴を適切に反映した上でTQMが実践できれば劇的な効果を生むことができるであろう。

３－２　スリランカ

本調査では、開発途上国の例の一つとしてスリランカを取り上げた。スリランカでは、ある病院長のTQMに関する独自の研究及び自分の病院における実践の結果、国策として公立病院にTQMが導入された経緯がある。

現地調査の結果、スリランカの病院におけるTQMは日本企業との関係が深いことがわかった。

スリランカの産業界では、既に、QC活動及びTQMが現地日本企業を中心に盛んに行われており、日本のQC活動のように全国的な表彰も実施されている。公共機関へのTQMの導入のきっかけは、日本の陶器メーカーのスリランカ工場にて実施されていたTQMを、その陶器メーカーの現地法人の社長が1990年代初頭にスリランカ開発・経営院（SLIDA）に紹介したことである。SLIDA研修コースの出身者であるカランダゴダ院長は、2000年に自分が院長として就任したキャッスルストリート女性病院にTQMを導入した。そしてその成果が認められ、国策として国立病院にTQMが導入されることとなった。

本章では保健・女性問題担当省における病院サービスの質改善への取り組み、及びTQM導入のきっかけとなったSLIDA、そしてTQMの実践例として２つの病院の活動を取り上げている。

３－２－１　保健医療行政におけるTQMの概要

保健・女性問題担当省（Ministry of Health and Women's Affairs）にはQuality Secretariatという、質文化の開発と促進をつかさどる部局がある。同事務局の局長はカランダゴダ院長であり、事務所もキャッスルストリート女性病院内にある。同事務局はカランダゴダ院長の活動を全国展開するために設置された事務局で、一病院長の活動が保健行政に大きな変化を与えた象徴である。職員は院長のほか２人である。

現在、同事務局では第三次病院における品質保証プログラム（National Quality Assurance Program: NQAP）を実施している。

NQAPは教育病院、州病院及びいくつかの県病院からパイロット病院を選択し、各病院の質管理部門（Quality Secretariat）を設置し、質改善を目指している。つまりキャッスルストリート女性病院の活動を全国レベルで実施するためのパイロット・プロジェクトである。

また世界銀行が実施している保健医療サービス・プロジェクトのうち病院の質改善にかかるコンポーネントを担当している。具体的には保健医療サービス・プロジェクト2005-2010（IDA/WB Health Services Project 2005-2010 Sri Lanka Health Sector Development Project）のサブコンポーネント2.4「病院の効率と質の改善（Subcomponent 2.4: Improving Hospital Efficiency & Quality)」であり、そのアウトプットとして「ウバ州及び南部州の病院へのCQI、及びTQMの開始」が求められている。（Output（product）4.1 CQI & TQM Initiation in Hospital in Uva & Southern Provinces in Sri Lanka)。

上記、世界銀行のプロジェクトの総予算は３億6000万ルピー[44]であるが、うちQuality Secretariat分は約7360万ルピーで、2005年分は総予算約１億200万ルピーのうち2520万ルピーがQuality Secretariatに割り当てられている。

「CQI及びTQMの開始」の中身は、各病院に質管理ユニットの設置、Quality Secretariatの機能強化、フィージビリティ調査及び現状調査、患者ケアに対するコミュニティの参加、精神的価値の促進運動、情報交換（国内外を含む)、全国展開へのプログラムのデザインなどが含まれている。

さらにWHOのワークプラン「Work Plan for 2004-05」では、ヘルス・サービス組織のなかのワークプランNo. SRL OSD003の期待される成果（Global Expected Result）No.644においてヘルス・サービスの質と提供の改善、サービス範囲と提供者のパフォーマンスの評価を行うための戦略、方法、ガイドラインが挙げられており、同事務局の業務である。具体的には「地方及び貧困層に対する保健医療サービスの質は、患者のニーズに対する無責任、薬品や物流システムの欠如、

[44] １ルピー＝1.07円（2005年初め）

表３－１　National Quality Assurance Program （NQAP）

Main Objective: Providing responsiveness health service to the people
Objectives:
①Introduce an institutional monitoring mechanism to Teaching Hospitals, Provincial Hospitals and selected District hospitals
②Strengthen the middle level managers to develop managerial skills for the QA program
③Introduce Quality related data collection in Tertiary Care hospital
e.g. Patients accidents and incidents, Re-admissions, Complications management
Customer care, Human Resource Development
Activities and Methodology
①Conduct workshop on developing Monitoring Mechanism in each institution
②Develop a core group at Quality Secretariat/Quality management Units to function as facilitator
③Developing education material
④Conduct monthly review meeting at institutional level
⑤Monthly reviews of Quality Secretariat
Budget
Approx. Rs. 700,000
Product
①Quality Secretariat will be organized to facilitate quality of care in pilot hospitals
②A standard review mechanism will be developed for the NQAP
③Institutionalize the monitoring mechanism at hospital level
④A Quality culture is developed in tertiary care hospitals

出所：NQAPのレポートを基に筆者作成。

表３－２　IDA/WB Health Services Project 2005-2010

Sri Lanka Health Sector Development Project
Components
①Support to district health authorities to improve service delivery and outreach
②Support to central programmes and hospitals
③Support to policymaking, budget formulation and monitoring and evaluation
④Project management

Subcomponents
①Family health programme and nutrition
②Immunization
③Non-communicable diseases and mental health
④Hospital efficiency and quality

出所：スリランカ政府からのプロポーザルを基に筆者作成。

検査サービスの不備、貧弱なリファレルシステム、一部の施設への集中、治療サービスへの傾倒など、十分な状況とはいえない。新たなモデルでは責任あるそしてニーズに合致したサービスを提供する必要がある。そして既存の保健医療サービスとプログラムの有効性と効率性をモニター及び評価する必要がある」と記載されている。つまり世界銀行のパイロット・プロジェクトが大規模病院のサービスの質の向上であったのに対して、WHOのプロジェクトは地方及び末端の保健医療サービスの改善をターゲットとしている。本ワークプランには、ヘルスケアワーカーのサービス改善のために１万9000米ドル、システム開発のために５万4000米ドルの予算が用意されている（表３－１、表３－２）。

３－２－２　スリランカ開発・経営院（SLIDA）

SLIDAはスリランカの公的サービスの問題（低品質、遅延、公的連携の貧弱性など）を解決するために設立された機関で、公的機関スタッフを対象とした卒後教育を実施しており、様々なトレーニングコース（オーダーメードも可）と修士課程（１～２年）がある。学費はトレーニングコースに関しては無料で、修士課程は１コース９万ルピーとなっている。現在、教育省からの補助金はほとんどなく、収入は修士課程の学費と各講師による民間企業へのコンサルティング業務によって賄われている。SLIDAは公的サービス向上の一手段としてコース内にTQMに関する講義を導入することを決め、アジア生産性機構（Asian Productivity Organization: APO）の支援を受け、シンガポールや日本に講師陣を派遣し、TQMのトレーニングを受講させた。そして1996年より病院経営コースにもTQMが導入され、多数の医師、病院管理者がTQMの知識を身に付けるに至っている。現在も年間10人前後の医師などが同修士コースにて学んでいる。スリランカの場合、公的機関の医療従事者には年金が充実していることから、その年金を棒に振ってまで、海外や民間病院に異動を希望する医療従事者は少なく、コース修了後の頭脳流出は起こりにくいということである。

３－２－３　病院におけるTQM

(1) キャッスルストリート女性病院

カランダゴダ院長は就任当初の2000年、院内の死亡率の高さに驚いた。その大半は院内感染など治療後の不適切な処置によるものであった。つまり、病院側の努力で防げるものである。そこで院長は、院内の死亡率を下げることを目的として一般的な製造業向けのTQMのテキストをベースに、病院にTQMを導入した。一般的にTQMを導入するにあたって費用の捻出が問題となると思われるが、本病院ではまず、５S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）の徹底を行った。そのための費用は５Sを通じて捻出することができた。具体的には院内感染の低下による抗生物質の使用量の削減、不要物の整理によりできたスペースの活用（病棟、職員のスペースとして）、プラスチック製品のリサイクル（業者への販売）からの利益などである。

そして改善活動の余剰資金を職員の福利厚生、職場改善に割り振った（無利息の貸付金制度の設定、職種ごとの作業スペースの確保など）。それにより給与、待遇は同じでも本病院で働きたいという職員が増えてきた。そしてそのような職場を維持したいという気持ちが生まれ、さらに改善活動に興味がなかった職員も関心を示すようになってきた。このような正の効果の循環が次第に病院全体のTQM活動として定着していったのである。

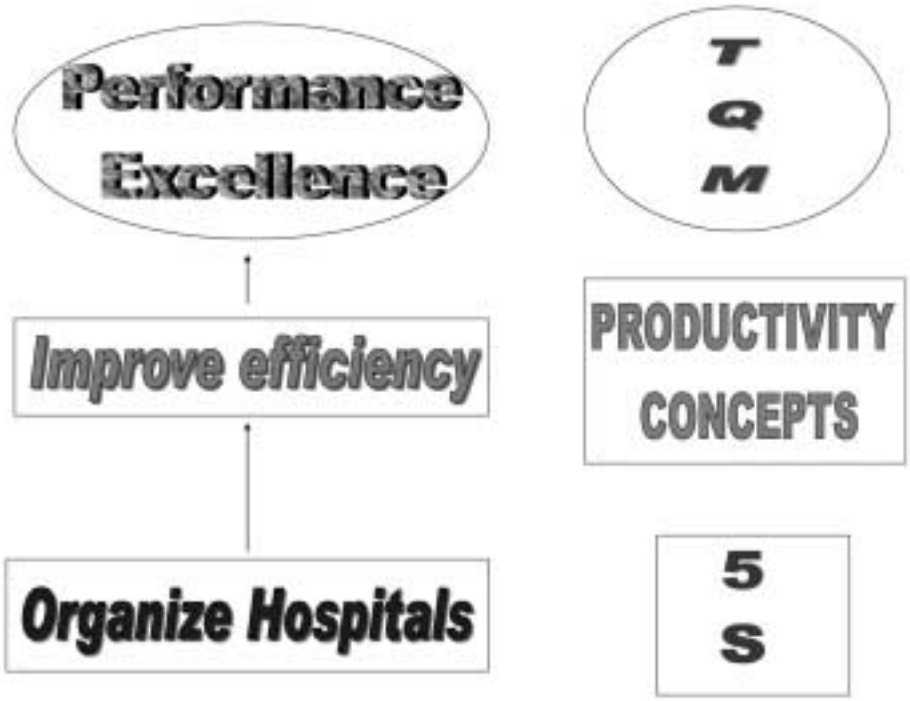
現在、キャッスルストリート女性病院では、ほかの病院の職員も含め、病院サービス改善に関する様々なトレーニングコースを実施しており、その活動は広く公的病院に広がっている。筆者が訪問した2005年８月にも、３日間の質向上研修が実施されていた。

このキャッスルストリート女性病院の変ぼうは、今までの公立の病院管理に衝撃を与えた。今までは公立病院は患者にとっては不潔で、長時間待たされるという印象があったが、その印象を一掃したのである。しかし、初めから保健行政によって好意的に受け入れられたわけではない。そこで院長は、本病院の成功をアピールする手段として、一般産業界のTQM関連の賞に応募して入賞することを目指した。つまり保健医療分野ではなく、産業界で認知されることを目指したのである。その結果、「AKIMOTO　５S賞」など、JASLIQ（日本における日科技連のような団体）主催の賞を受け、それがきっかけとなり、保健行政でも認知されるようになったのである。

その結果、保健省に「Quality Secretariat」が設立されることとなった。

カランダゴダ院長は、「質の失敗はシステムの失敗」であるという認識の下、まずはシステムを整備し、その後人的開発を行い、それからマネジメントの改革に取りかかるという手順で考えた。つまり人の能力向上ではなく、人が働く状況、環境の改善にまず力を入れ、その次にその環境に合わせ人材育成・能力開発を行い、最後に経営改善に取り組んだのである（図３－１）。

図３－１　TQM



出所：カランダゴダ院長作成資料を転載。

表３－３　改善ポイント（キャッスルストリート女性病院）

①フロントラインサービス（環境、見た目、第一印象）の改善 ・清掃 ・外装の塗り替え ・わかりやすい案内板 ・待合室の整備 ・色によるスイッチの識別 ②必要な費用の確保 ・案内板などに協賛企業を採用 ・プラスチック製品のリサイクル ・抗生物質の使用減（清潔になったことで院内感染が減少） ③職場環境の改善 ・職員食堂の整備 ・スタッフルーム、作業スペースの確保 ・無利子の貸付制度の整備 ④整理整頓 ・不必要な医療機器、器具の病棟からの撤去→スペースの確保、適材適所への再配分 ・診察室には必要最低限の薬剤のみ常備→無駄な使用の削減、不適切な処方の予防 ・シーツ、マットレスの交換、洗濯励行→院内感染の削減 ・ベッドの改良（患者の荷物をベッド下のボックスに収納）→院内感染の削減 ・医療機器の記録簿の整備→購入、使用、消耗品の購入などを一括管理

出所：筆者作成。

また院長によれば、病院の改善をビジネスの一部としてとらえ、しかし人間中心で実施することが重要とのことである。つまり、高生産性を通じた品質向上が重要であると同時に、それがスタッフの過度の負担につながることは避ける必要があるということである。特にスリランカの場合、非医療従事者（Non-medical Staff）が多いので、彼らの生産性をどのように上げるか、どのように改善活動に取り込んでいくかということが重要であった（表３－３）。

病院のTQMのコンセプトは「患者満足」からスタートしているが、実際の改善活動はまず職員の満足度が上がることを目指して行われている。つまり、「職員満足」なくして「患者満足」はないということである。そこですぐにQCサークルを組織するのではなく、職場環境を改善するチームを各職場に組織した。単に病院の改善のみでは職員はついてこない。自分たちに実質的な便益がなければ、現状を変えようという気は起こらない。そのため例えば、ソーイング担当職員のための専用の作業室を用意したり、警備担当職員のための休憩室を設置するなどして様々な職種のモチベーション向上を促している。また改善によって生まれた収益、コストの低減は、職員に還元するように心がけている。具体的には、輸液の空ボトルをリサイクル会社に売った利益は職員への無利息の貸し出しなどに利用したり、職場内の改善活動の表彰の商品購入などに充てている。

またもう一つ特徴的なコンセプトが「背伸びをしない」である。つまり病院の現状に合わせ、できるだけ簡便な方法で目的を達成することを目指している。例えば、内臓や胎児などの医療廃棄物は冷凍し、蛆を利用することで分解している（日本では高火力の焼却炉で焼くか、専門の業者に出す）。

さらに「対処から予防へ」という発想の転換もなされている。例えば、診察室や病棟には最小限の薬剤･機材しか置かない。緊急処置への対応に関しても、薬剤１回分しか在庫を置かない。緊急事態への対策を整えるより緊急事態を起こさないようにするという発想の転換である。そのためには何をすればよいか、例えば機器の簡便な取扱説明書を用意したり、日ごろからミーティングを実施したりしている。また事故を防ぐためにもできるだけ物を置かない。必要最小限のものしかなければ、間違えることがないという発想である。

様々な改善活動を徹底させている要因として、上記のようなコンセプト以外に、院長が現場をよく知っているということが挙げられる。途上国に限らず、病院長は会議や、事務的な業務などに忙殺され、とても現場の状況を把握する暇などない。本病院の場合は規模が小さいという好条件もあるが、カランダゴダ院長は実に病院内のことを細かく把握している。筆者も院長と共に病院内を回ったが、当方への説明中にも各職員に、様々な改善のアイデアを出していった。QCの基本である「現場は宝の山」をまさに実践しているのである。また導入時に中間管理職を対象にしたことも改善への大きな促進要因といえる。具体的には病棟婦長をまず巻き込み、職場の環境改善を実践し、その活動が軌道に乗り出した後に医師層を巻き込んでいる。改善の継続が改善への抵抗勢力である医師層の反発を軽減し、全病院的な改善活動を容易にする。

（2）レディーリッジウェイ病院（Lady Ridgeway（Hablock）Hospital）

本病院は、もともとは英国時代の統治者の妻が設立した女性病院であったが、その後、子ども病院（20歳まで）に転換された。病床数は現在、780床、医師が約250人、看護師が650人、そのほかの職員を含め計約1,800人の職員が働いている。

現在の本病院の最高責任者であるパニラ院長代行（Dr. Pannila）は、2005年６月（現地調査実施の1.5ヵ月前）に、院長の長期休暇の間の業務を代行するために赴任した。

表３－４　改善ポイント（レディーリッジウェイ病院）

①清掃の徹底 ②案内板の改善 　・子どもにもわかりやすく（大きな看板、大きな文字、絵） 　・協賛企業の導入 ③病棟の改善 　・おもちゃや絵本の設置 　・プレイルームの設置 ④ナースステーションの改善 　・水槽の設置 　・観葉植物の設置

出所：筆者作成。

彼女の５Sや改善との出会いは1996年にSLIDAの医療経営修士コース（MSE, Medical Administration）であり、そのときに病院経営の一環として５SやTQMを学んだ。同コースにはカランダゴダ院長も参加しており、彼女もカランダゴダ院長と同様、SLIDAがTQMを導入した病院経営コースの第１期生である。

その後、地方病院に赴任してSLIDAにTQMのトレーニング（３日間）を依頼したり、同病院で独自のトレーニングを実施するなど改善活動、特に５S運動を進めていった。その後、県保健局長（District Medical Officer）となり、その時期の改善活動の実績を買われて、本病院の院長代理として抜てきされた。

本病院は、パニラ院長代理が就任する以前は、特に改善活動が活発に行われていた病院ではなかったようである。パニラ院長代理は、以前から病院をきれいに整頓したいという願望があり、それを実現する方法として５Sを活用することにした。その根本はカランダゴダ院長と同様「患者満足」を向上したいということにある。当病院での５Sの推進は、まず看護師グループとのミーティングを行い、活動への了承を取り付け、その１週間後に医師グループのミーティングを開き５S活動に参加させた。非医療従事者に関してはもともと５Sに対するモチベーションが高かった。マネジメントに参加する絶好の機会であり、一番恩恵を受けるのは彼らだからである。つまり、汚い雑多な病院の環境で最も苦労していたのは非医療従事者であり、５Sはまず非医療従事者の職場環境改善であった。本病院は規模が大きく院長がすべてを把握することが困難である。実際の改善活動に関しては院長代行の強力なリーダーシップの下、質担当の職員が毎日病院内を巡回している（表３－４）。

３－３　タイ

本調査研究では、中進国の例の一つとして、まずタイを取り上げた。タイにおけるTQM活動は、既に15年以上の実績があるが、近年、非常に特徴的な２つのシステムとしてまとまりつつある。その原動力は保健省医療サービス部とタイ病院評価機構にある。両者はもともとTQMやCQIというコンセプトを共有しているが過去の教訓の違いから、別々の目的をもつシステムを開発した。一つは病院のネットワークを設定し、病院単体ではなく地域医療全体の質向上を目指すシステム、もう一つは病院のもつべき機能を各病院が設定し、その目標達成を認定するシステムである。本章では両システムの特徴と病院における病院サービスの質向上の取り組みを取り上げている。

３－３－１　保健省、保健セクターの概要

タイの公的病院には保健省管轄、教育省管轄、軍管轄の病院があり、保健省における病院サービスの質管理は「医療サービス部（Department of Health Service Support）」が担っている。リファレル体制は、全国に10万ヵ所ある保健センター（Primary Health Center: PHC）及びクリニックが一次医療を担い、コミュニティ病院（Community Hospital：病床数10～20床）及び総合病院（General Hospital：同100床以上）が二次医療を、地域病院（Regional Hospital：同500床以上）が第三次医療を担う。また高度医療施設（Excellent Center）として、がんセンター、循環器センター、交通事故・障害センターなどが地域病院などに併設される形でサービスが展開されている。タイの病床数の約60%は公的病院に属し、保健医療サービスの80%が公的サービスで賄われている。保健省による保健医療サービスの割合は特に地方、県レベルで高く、都市部では教育省傘下の教育病院（Teaching Hospital）や民間病院が多数存在することから、サービスの競合が多く発生している。

本調査に対し、保健省医療サービス部のチャンヴィット部長（Dr. Chanvit）はタイの公的保健医療サービスの問題点として「インプットがアウトカムに足りていない（医師の数が必要なサービスに対して不足している）」と述べている。現在、タイでは人口10万人当たりの医師が30人しかいない（シンガポール150人、マレーシア75人に比べて）。1997年の通貨危機後、保健省の収支が苦しくなり、大量の医師が民間施設及び海外に異動してしまった。保健省では今後10年間で医師数を２倍に増加させる予定であるが、2001年より始まった30バーツ政策[45]に保健省の予算が割かれており、必ずしも十分とはいえない。

病院予算の多くは独立行政機関である「健康保険事務所（National Health Security Office: NHSO）」から人頭割り（Capitation）で支給されているが、職員の給与への対価がカットされてしまったため、収支は苦しくなってきている。30バーツ政策以降、公的保健医療サービスを受けられる人口（Coverage Population）は増えたが、GDPに占める保健医療総支出は5.2%から3.8%へと減少している。これは今まで自己負担（User Charge）で支払っていた人の割合が減り、全体の支出が減少したためである。逆にいえば、医療の質の低下を招いているという現状がある。現在、どのようにコストと品質とアクセスのバランスをとるかが課題である。この４年間、30バーツ政策により病院の支出（Cost）は抑えられ、病院の来院患者数（Access）は増えた。つまりコストを重視しすぎたことによりサービスの質が低下し、医療への資本投資が減少した結果、医師が民間に流れたという現状がある。公式には2004年１年間で400人が公的施設から民間施設に流れたと報告されている。保健省は、2006年から４年間で資本投資を増やしてサービスの質の確保及び医師の流出に歯止めをかけることを目指している。

３－３－２　病院サービスの改善活動の概要

(1) 改善活動の概要

そのような現状において、同国では病院サービスの品質管理に対する全国的な取り組みとして「病院機能評価（Hospital Accreditation: HA）」と「病院ネットワーク品質監査（Hospital Network Quality Audit: HNQA）」が実施されている。詳細は後述するが、品質管理活動そのものは1990年代初頭より始まっており、近年、急速に全国展開されつつある。その加速の要因は、職員数が増えない環境で増加しつつある労働負荷をサービスの質を変えることなく、いかに労働

[45] 公的医療保険にてカバーされない人々を対象に、１回当たり30バーツの自己負担で診療する政策。これにより患者の自己負担割合が減少し、政府負担額が増加した。

負荷を減らすかという必要に迫られているからである。その背景には、社会保険制度（Social Security Service）の導入や30バーツ政策があり、それらの政策により、保健医療サービスの質が低下したという現実がある。

このようなタイにおけるTQM活動は、経済状況や政策の変更という大きな変化によって生まれた保健医療分野における障害をいかに減少させるかという観点から、保健省・公的機関が中心となって進めているトップダウン型アプローチである。しかしトップダウンは改善プロセスの設定であって、個別の病院における改善は各病院の状況に合わせ病院が独自に設定しており、具体的な活動は小グループワークで実施されている。またHNQAでは、各病院が院内改善委員会（Intra Committee）を組織して病院の質を管理し、さらに相互改善委員会（Inter Committee）を通じて、６病院の部門長（Head of Out-patient Departmentなど）が横断的な組織を通じて質の向上を目指している。

前述のように、一般的にTQMは欧米型のトップダウン型アプローチと日本型のボトムアップアプローチに分類されるが、タイのTQMはトップダウン型にもみえるが、病院の自主性に任せたボトムアップ型のアプローチや病院を核としたピアレビューも実施されており、とてもユニークなアプローチを採用しているということができる。

このようなユニークなアプローチをけん引しているのは、前述のチャンヴィット部長とタイ病院評価機構（HA-Thai）のアヌワット所長（Dr. Anuwat）である。

（2）改善活動の歴史

タイにおける病院サービスの質改善活動の開始は、1985年までさかのぼる。当時、保健省は病院の標準の質を確保するための法令「保健医療サービス提供者法（Health Service Provider Act）」を施行した。その後、1989年に上記法令にて遵守すべき事項をまとめた「保健医療サービス基準（Health Service Standard）」を策定した。この基準には、病院の専門職ごとのサービスの基準が記載されているが、内容はあくまでも最小限遵守すべき事項（Minimum Requirement）のみである。そして1990年に、目に見える形での病院の改善を目指した活動が開始された（Improving Frontline Service）。特に外観（清掃や花壇の設置など）の改善を重視し、患者が訪れやすい雰囲気づくりを目指した。しかし、残念ながらサービスの質は大きくは変わらなかった。その要因として、全国一律の展開だったことが挙げられる。画一的な改善活動なので病院側のモチベーションが低く、表面的な改善で終わってしまったこと、患者側からも、民間施設に通う人々が公的施設に移るほどのインセンティブはなく、また公的病院間でも差がないので、病院を変更しようというインセンティブにはならないこと、その両者の悪循環から、ますます病院側の質改善への意欲が減少したと思われる。つまりタイでは、トップダウンによる画一的な改善活動がなじまなかったということである。

その後、1995年に保健省として、TQMの導入を開始し、1998年には「品質と平等（Quality and Equity）」をコンセプトとした「保健医療サービス基本法（Health Service Standard Constitutional Law）が施行された。さらに1999年には保健システム研究所（Health System Research Institute: HSRI）の独立機関として病院評価機構が設置された。病院機能評価のコンセプトはプロセスのスタンダードを確立することにあり、ISOなどほかの品質基準も積極的に取り入れている。

また同国の行政機関全体の取り組みとして、2000年に公的機関のサービス基準を定めた「Public Sector Standard」が設定された。これはタイの行政サービス、経営の基準を定めたもの

表３－５　タイにおけるサービス改善活動年表

1985	Health Service Provider Act
1989	Standard for Medical Staff（Minimum Requirement）
1990	Improvement Frontline（Environment）
1995	Beginning TQM
1998	Health Service Standard Constitutional Law
1999	Establish HA-Thai（Develop Process Standard）
2000	Publish Public Sector Standard
2002	Start 30 Baths Scheme
2003	Publish Guideline for Health Service Standard Constitutional Law
2004	Trial HNQA（4 provinces）
2005	Expand HNQA（14 provinces）
2006	Plan to Expand HNQA（30 provinces）

出所：筆者作成。

で保健医療分野においても遵守することが求められている。その後、保健省医療サービス局は、上記基本法を遵守するためのガイドラインを2003年に作成した。その際に、日本の「コマツトレーニングセンター」が協力をしたということであるが、詳細は確認できなかった。さらに同年、「病院ネットワーク品質監査（HNQA）」を開始し、2004年には４州に拡大して施行している。そのうちの一州の活動が、タイの全国的なTQMの賞を獲得するなど産業界からも高い評価を得ている。

HNQAの概略は、６つの病院でサービスが同質となるようなネットワークをつくり、グッド・プラクティスを広げるモデルである。2005年より14州で実施する予定であり、2006年には30州、将来的には全国展開したいと考えている。しかし、そのための予算はまだ確保されてはいないため、現在のパイロット・プロジェクトの結果いかんということである（表３－５）。

そして現在、上記ガイドラインの改定を行っており、チャンヴィット氏は、HNQAによって得られた知見を重視している。例えば、ISOや病院機能評価（HA）ではリスクマネジメントから質改善が始まっているし、プロセスを重視してインプットとしての人的資源にはあまり着目していないが、新ガイドラインでは、ポジティブな側面（よい点を伸ばしていく方向）から改善を開始する内容でまとめていく予定である。そしてインプットもアウトプットも勘案し、人（スタッフ）がどのように行動すべきか、それによりどのようによいサービス（Better　Service）を目指すかを患者中心に検討していく予定である。つまり、新しいガイドラインではシステム改善のみならず、そのシステムにおける各人に求められる能力・行動も重要ということである。

（3）行政の役割

サービスの質改善の履行は州保健局主導から、保健省が病院に直接命令を下し保健省が直接評価することに変更したことにより意識が変わり、指導を遵守するようになってきたということである。また民間病院に関しては各州の保健局（保健医療サービス部）の監査人（Inspector）が活動している。さらに病院評価機構による表彰（HA　Award）やTQM関連の表彰などによるモチベーション上昇の効果もあり、病院サービスの改善活動は各病院で積極的に取り組まれているようである。

サービスの質管理は、現在、適切な質の監査は約10％しかできていないという認識から、保健省では各州の品質保証チーム（Quality Reliance Team）のうち10人を訓練して、「TQMコンセプトの専門家」を養成する予定である。

このようにタイでは、保健省が病院サービスの品質改善の陣頭指揮を執っているが、その内容は直接サービスの改善を行うのではなく、そのための仕組み（System）や規範（Standard)、手順（Process）を整備し、結果を評価することに力を注いでいる。

３－３－３　病院ネットワーク品質監査（HNQA）

「病院ネットワーク品質監査（HNQA)」とは、保健医療サービスの品質向上を病院間の連携を通じて実施するための仕組みであり、病院のサービス向上のみならず、地域の保健医療サービス向上を目指している。つまり病院単体の評価ではなく、地域医療全体としてサービスの評価を行っていることに特徴がある。対象施設は保健省管轄の公立病院で、民間病院やほかの公的病院などは対象となっていない。また保健センターなどは、その保健センターが属する（リファーする）公立病院に監督責任があることから間接的対象施設といえる。

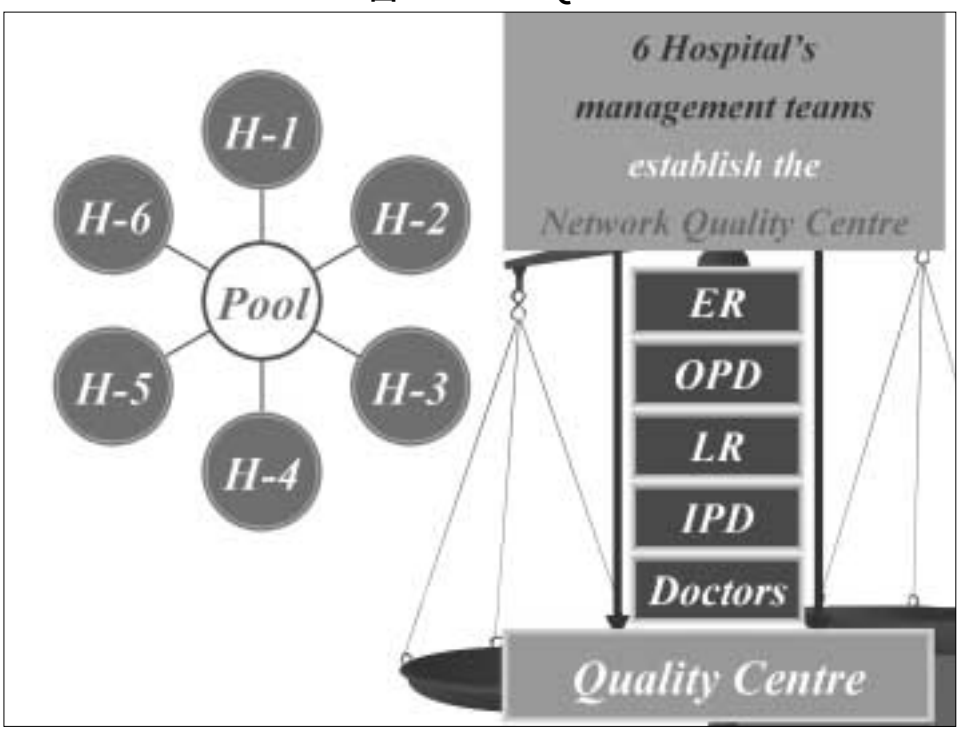
HNQAの実施監督機関は医療サービス局内にある専門チーム（Health Quality Team）で現在７人の職員（医師、保健師など）が従事している。

(1) HNQA実施手順

HNQAでは、まず各病院内に品質センター（Quality Center）を設置することから始まる。メンバーは救急、外来、入院、分娩の各部門長と医師である。そして６病院の品質センターが集まり、ネットワーク品質センター（Network Quality Centre）を設置し、品質ネットワーク（Quality Network）の基盤を整備する。そしてこのネットワーク品質センターがネットワーク全体及び各病院の保健医療サービスの向上を担っていく（図３－２)。

次に各病院から院長（Director）と各部門長と一般医（General Practitioner）の計36人を対象

図３－２　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

表３－６　研修の内容

①What is Quality ②Public Health Standard ③Quality Control ④Management of Quality ⑤Kinds of Services → Lecture and Workshop 3 days: Lecture & Workshop 2 days: Workshop for Auditor Checklist

出所：筆者作成。

とした研修が実施される（５日間）。研修は、講義とワークショップ形式で行われ、品質管理の基礎から求められるサービス像などを学ぶ。そして参加者が定期的管理行動（Periodic Management Activity）、院内サービス仕様（Service Internal Specification）、サービス供給規範（Service Provision Standard）を基にネットワーク品質基準（Network Quality Standard）を設定する。その基準には直接保健省の監査人（Auditor）によって評価される基準と患者満足で測定される基準がある。設定された基準の達成を自己及び監査人が評価し、その評価結果を基に次の基準が設定される。HNQAでは６病院がすべて守れる基準やどの病院も満たすことができない基準を採用しないという方針がある。これは６病院すべてが満たすことが可能ということは設定された規範や仕様が貧弱なものであり、それでは改善が進まないということ、逆にどの病院も満たすことができないということは、規範や仕様が厳しすぎ、現実的ないことを意味するということを示していると考えられている。つまり、常にチャレンジする姿勢を基準設定に盛り込んでいるのである（表３－６）。

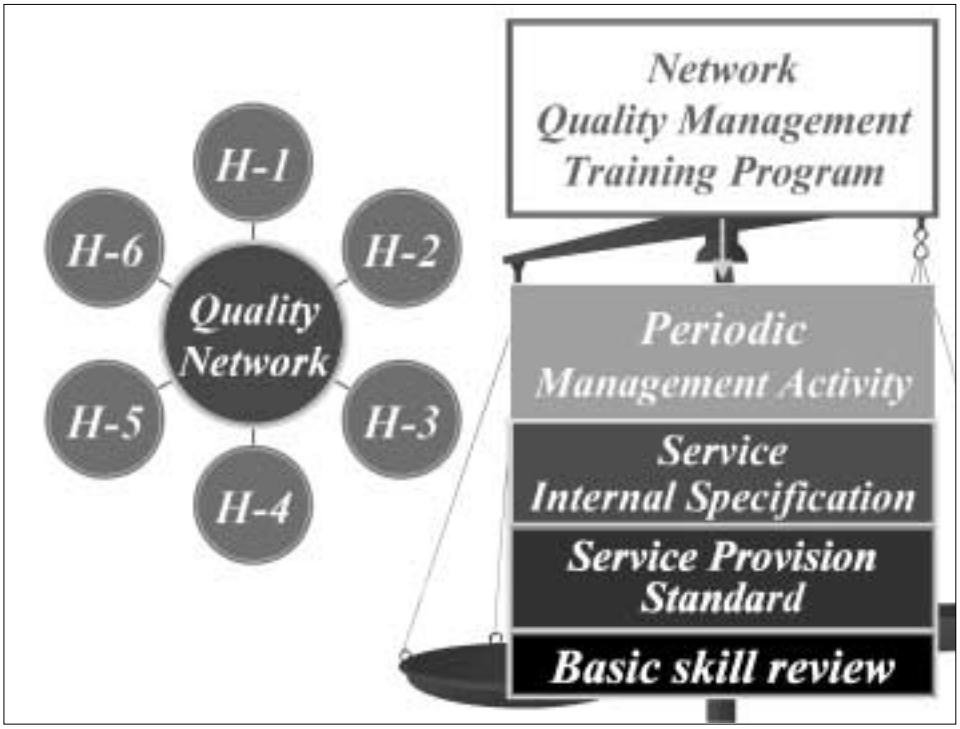
保健省では病院の質に関する省の責任として、死亡率、平均在院日数、院内感染、感染症などの指標への関与を強めており、各病院には左記の指標の改善を行うと同時により高いサービスを患者に提供する責任があるとしている。その具体的な達成方法やサービスの内容などは、各ネットワークの状況に合わせ設定される（図３－３）。

監査を経て、ネットワーク品質基準が設定されると、それを他部門にも適用し持続的な品質改善活動としていく（図３－４）。

（2）HNQAの特徴

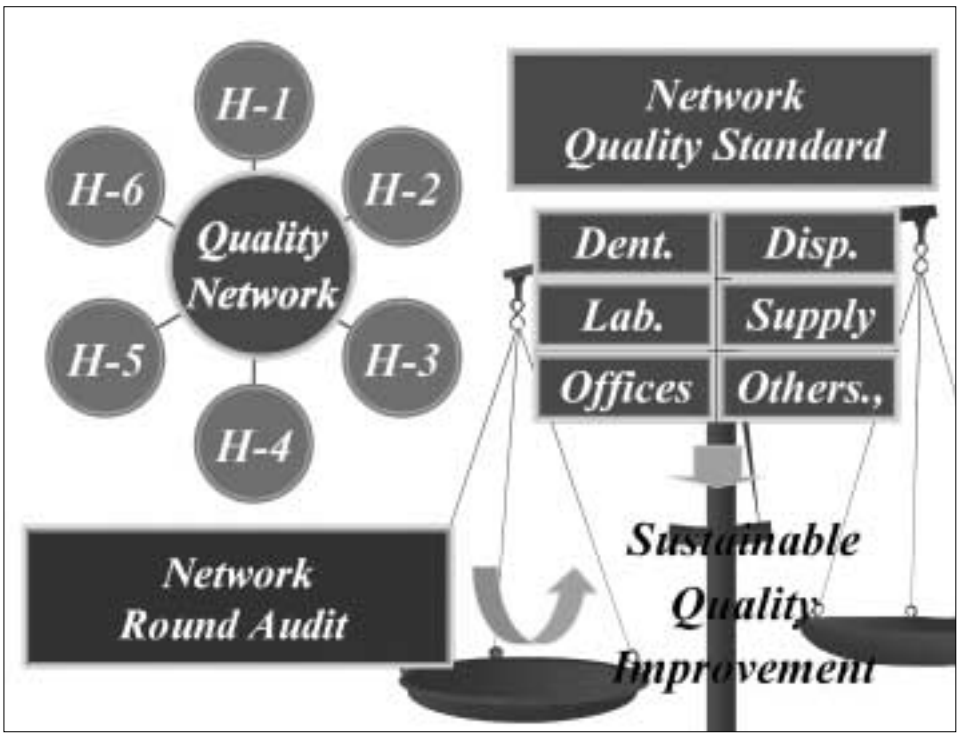
このモデルは、チャンヴィット局長をはじめとするタイ人の専門家グループが作成したが、作成に際して日本のTQMをベースにしている。しかしタイでは、QCの基礎である５S活動がうまく軌道に乗らなかったことから、タイの保健医療分野の状況に合わせたTQMのコンセプトを採用している。つまり全体的な統括を実施する部門はプロセスの管理を行い、QCサークルのような小グループ活動を通じた目標設定、活動を行っている点は日本型TQMを踏襲しているが、ネットワークによる管理、ピアレビューを採用している点は独自性が出ている。背景としては、画一的な改善活動の失敗から学んだ個別の目標設定の必要性と、落ちこぼれ施設を出さないための仕組みとしての画一化があり、その折衷案として６施設を１単位とするネットワークを編み出した。また後述する病院機能評価（HA）におけるチャンヴィット局長の考察も含有されている。チャンヴィット局長は以前、ある公立病院の院長時代、公立病院として初めて病院機能評価の認定を取得した。その際、病院機能評価では院長のやる気次第で病院の活動が左右される仕組みであるということから、各院長のやる気を持続できるようなサポートシステムが必要と考え、ピア

図３－３　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

図３－４　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

プレッシャーを採用したと思われる。

６施設という単位は経験上から抽出された数字で、それ以上より多いと監査に時間がかかり、それ以下だと効果が薄いということである。しかし地域によっては３つしか病院がない場合もあることから、今後全国展開する際には調整を検討しているようである。

このように同国の保健セクターの実情に合わせて作成されたHNQAであるが、地域ごとの状況に合わせて目標が設定されるため、地域ごとの現状調査及び分析が必要であるという煩雑さもある。つまり、病院単体や全国一律的なデータなどは現状の統計や調査などで収集されているが、各地域、つまり６施設を対象としたデータは恒常的には収集されていないため、そのための準備期間がかかるということである。しかし、一度設定された情報収集の仕組みはHNQAを通じて持続的に活用されることから、初期投入が十分有効活用されると思われる。

現在、医療サービス局ではHNQAにおいて「クリニカル・パス（Clinical Pathway）に基づく診察」と「患者の視点（Patient's View）に立ったサービス」を推進しており、クリニカル・パスは医療部（Department of Medicine）とともにワーキンググループをつくりまとめている。

このようにHNQAでは、保健省は改善のプロセスを示すのみで、目標設定は各ネットワーク自身に委ねられている。このような仕組みは日本の「健康日本21[46]」とよく似ており、両者ともプロセス・マネジメントによる改善を目指していることに特徴があるといえよう。

中央行政からみれば、目標設定を実施機関に委ねることは、目標を過少に見積もる可能性があり、また自己の影響力が低下することから、必ずしも好ましいとは考えにくいことであるが、HNQAや「健康日本21」のように、目標管理はプロセスをしっかり設定することにより可能であり、逆に各施設や地域の状況に合わせた目標設定、ならびに実施機関の自主的な取り組みなど、トップによる目標管理よりも効果が高いと考えられる。

３－３－４　病院機能評価（HA）

タイにおける病院サービスの品質改善活動のもう一方の雄は「病院機能評価」である。病院機能評価の実施機関は病院評価機構（HA-Thai）で、もともとは同国の保健医療分野の公的研究機関である保健システム研究所（HSRI）の一部局であったが、1999年に別組織として独立した。HA-Thaiは全52人の職員中、20人が病院機能評価促進のためのコンサルタントで、毎月３～５日は病院の視察などを行っている。また60人の調査員（10人はHA-Thaiの職員）が病院機能評価の認定及び評価を行っている。

HA-Thaiの事業は大きく分け、「病院機能評価（Hospital Accreditation）」と「健康促進（Health Promotion）があり、健康促進の方は、「健康促進基金（Foundation of Health Promotion）」から資金を得て推進している。

（1）病院機能評価の歴史

同機構の所長がアヌワット氏（Dr. Anuwat）で、もともとHSRIで病院経営の改善に携わっていた。同国では公立病院のみならず、すべての病院がどのように質の管理を実施すればよいか悩んでいたこともあり、1992年に同国の保健医療セクターにTQMの概念を導入することを検討し、自らシンガポールや日本で研修を受講した。また他産業のQC活動、ホテルのサービスシステム

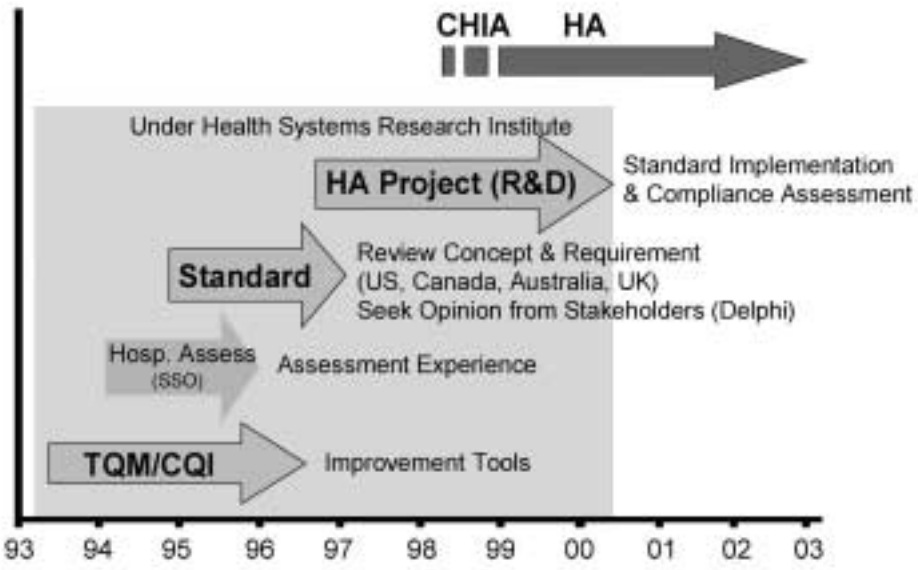
[46] 「第３次国民健康づくり対策（2000年～）」の別称。第２次までの対策は国が方針を定め、地方自治体や国民が実施する様式から、住民参加型健康づくり運動をベースに地方自治体や国民一人一人が健康づくりの方針を定め実行していくという特徴がある。

の研究なども行った。そして、TQM導入のパイロット・プロジェクトを1993年より５年間実施した。パイロット・プロジェクトは35病院を対象とし、各病院に責任者と事務局を置き、小グループ活動を通じた改善活動を実践した。その後、1994年より保健省が病院監査を開始したが、アヌワット氏は、本監査はアウトプットとインプットしかみておらず、そのプロセスをみる必要があると考え、ワーキンググループを組織し、プロセス管理のためのスタンダードを作成した。その後、病院の質管理の一手段として病院機能評価の導入を検討し、1997年より調査研究を開始し、1999年の同機構設立とともに病院機能評価（HA）を開始した。病院機能評価の研究では、ワーキングチームをつくりスタンダードを作成した。その際、カナダの専門家からの協力も得て、また日本、オーストラリア、米国などの病院機能評価手法も参考にしたという（図３－５）。

当初、病院機能評価は、病院を査定するというネガティブな見方がなされていたが、徐々に病院機能評価の取得がインセンティブになるというポジティブな見方に変化していった。それは患者側の意識の変化と、病院機能評価による改善効果そして健康保険事務所などとの契約などが背景にある。

患者の意識として、よりよいサービスを提供する病院にかかりたいというインセンティブがあるが、そのための判断材料が乏しかった。前述のように、公立病院の病院監査はあったがその目的は行政監査であり、患者サービスに力点を置いたものではなかった。先進的な民間病院はISO9001の取得などを通じて自院の品質をアピールしていたが、ISOは病院を対象とした規格ではないので必ずしも病院のサービス品質を的確に表しているとは限らない。それに対し、病院機能評価は病院のサービス品質の評価のための基準であることから患者へのアピール度が高い。特に民間病院側では認定取得へのインセンティブにつながる。また病院機能評価の取得は単なる基準クリアのための時限的な活動ではなく、継続的な改善活動のための仕組みづくり及びその実践である。そのため病院機能評価の取得後、病院のサービス品質改善による患者の増加と同時にコストも削減され、病院の収支としても好ましい状況となっているケースもあり、アヌワット氏い

図３－５　History of HA



出所：アヌワット氏作成より転載。

わく、病院機能評価取得後、平均30％も収入が増加しているとのことである。また病院機能評価の取得を健康保険事務所（NHSO）も後押ししており、2004年よりNHSOの契約病院は必ず、病院機能評価の認定過程であることが求められている。また病院機能評価の取得を推進している民間保険会社もある。さらに公立病院の場合、将来の独立採算制（Autonomous）に備えて取得した方がよいという話もある。

（2）病院機能評価の実施手順

病院機能評価の取得には３ステップあるが、その基本は各病院が目標を設定し、クリアしていくことである。HA-Thaiの役割は、保健医療サービスの質の改善の促進、コンサルテーション、スタンダードに沿った評価、スタンダードの策定などであり、病院機能評価取得のプロセスでは、あくまでその過程を促進・コーチングすることが役割で、評価も自己評価を基本としている。

第１段階は「品質レビューシステム（Quality Review System）」の策定がある。この策定には通常１～２年ほどかかる。現状の問題点を解決するための仕組みづくり、そしてその実行及び解決が求められる。

その後、第２段階として、「組織分析（Analyze the Organization）と「品質管理のプロセス改善（Process Improvement QA）」を行う。通常このプロセスに１年ほどかかる。

具体的には、以下の12の課題をクリアするための仕組みづくりが各病院に求められる（表３－７）。

そして第３段階として、基準の設定（Look at Standard）、品質改善文化（Quality Culture）の確立がなされたと認定されると、病院機能評価の認定取得病院となる。現在、900以上の病院が病院機能評価の認証手順を進んでおり、113病院が取得している。認定の有効期間は３年間で、取得後１年目とその１年半後にHA-Thaiによるモニタリングが行われ、３年ごとに再審査が行われる（図３－６、図３－７、表３－８）。

また病院機能評価取得をサポートするためのコーポレーションセンター（Hospital Accreditation Cooperation Center: HACC）が６ヵ所あり、そこを通じて病院機能評価取得にかかる知識や情報を共有している。HACCは、医学校の下にあるチェンマイ大学やコンケン大学の医学部に設置され、HACCの質向上にはHA-Thaiがサポートしている。

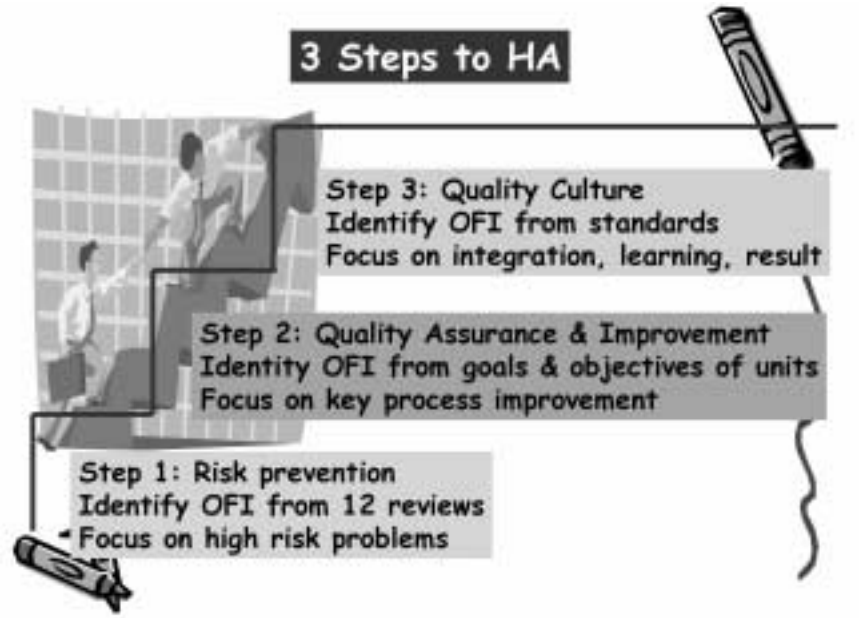
以前、タイの大学の医学部ではアカデミックな教育・研究のみが実施され、保健医療サービスの質に関する教育・研究はHSRIのみで行われていたが、病院機能評価の普及とともに大学医学

表３－７　病院機能評価においてクリアすべき課題

1. How to Review Patient Care
2. Patient Report（Complain）
3. Risk（All Risk）Patient, Personnel, Hospital
4. Incident
5. Medication Error（Drug Control）
6. Infection Control
7. Important Events（Incidents etc.）
8. Medical Records
9. Utilization
10. Indicators Review（Set up by the Hospital）
11. Refer Case
12. New Comer / Expert Less Experience

出所：筆者作成。

図３－６　HA-Thai


3 Steps to HA
Step 3: Quality Culture
Identify OFI from standards
Focus on integration, learning, result
Step 2: Quality Assurance & Improvement
Identity OFI from goals & objectives of units
Focus on key process improvement
Step 1: Risk prevention
Identify OFI from 12 reviews
Focus on high risk problems

出所：アヌワット所長作成スライドより転載。

図３－７　HA-Thai

	Step 1	Step 2	Step 3
Overview	Reactive	Proactive	Quality Culture
Starting Point	Review Problems & Adverse Events	Systematic Analysis of Goal & Process	Evaluate Compliance with HA Standards
Quality Process	Check-Act-Plan-Do	QA: PDCA CQI: CAPD	Learning & Improvement
Success Criteria	Compliance with Preventive Measures	QA/CQI Relevant with Unit Goals	Better Outcomes
HA Standard	Not Focus	Focus on Key Standards	Focus on All Standards
Self Assessment	To Prevent Risk	To Identify Opportunity for Improvement	To Assess Overall Effort & Impact of Improvement
Coverage	Key Problems	Key Processes	Integration of Key Systems

出所：アヌワット所長作成スライドより転載。

表３－８　HA-Thai

Situation	2004	%	2005（May 05）	%
Under development to Level 1	538	55.8	218	22.6
Level 1	213	22.1	601	62.3
Level 2	154	16.0	32	3.3
HA	59	6.1	113	11.7
Total	964	100	964	100

出所：Dr. Srismith、NHSOを基に筆者作成。

部においてもサービスの質に関する教育・研究が行われるようになってきている。

(3) 病院機能評価の質管理

現在、HA-Thaiでは病院サービス向上のために20種類の基準（Standard）を用意している。それらは様々な国の資料を参考にしているが、タイの保健医療セクターの現状に即した形でまとめられている。基準づくりは機能評価委員会（Board of Accreditation）で行われるが、同委員会には看護師、医師、薬剤師などの団体からの代表が参加しており、各団体からの意見を反映させながら（非公式、公式に）基準作成を行っている。内容はあくまでも「必要最低条件（Minimum Requirements）」である。また病院サービスのベンチマーキング（Benchmarking）の内容は、米国の「マルコム・ボルドリッジ国家品質賞」の審査基準（Criteria）を参照して作成されている（表３－９）。

またHA-Thaiでは、病院機能評価の活動を促進するための様々な研修コースを実施している。各トレーニングコースにはテーマとグレードが設定されており、参加希望者の目的、レベル、経験などに合わせたきめの細かい内容を設定している（表３－10、表３－11）。

病院機能評価を取得している病院は大病院や都市の病院に限らず、地方病院（Community Hospital）でも取得している病院がある。つまり、病院の大小は取得の難易に関係はない。ただし小病院では、コミュニケーションは良好だがリソースパーソンが足りず、逆に大病院はコミュニケーションが難しいという問題を抱えているようである。特にタイでは、医師の配置が問題となる。新医師は研修のため３年間、地方病院に勤務することが義務付けられているので、都市部

表３－９　病院機能評価に定められた標準項目

Commitment to Quality
1. Leadership
2. Policy Direction
Resource Management
3. Resource Management
4. HR（Human Resource）
5. Environment & Safety
6. Equipment & Supply
7. Information Management
Quality Process
8. Quality Process
9. Clinical Quality
10. Infection Control
Professional Ethics
11. Medical Staff Organization
12. Nursing Administration
Patient ｓ Rights and Organizational Ethics
13. Patient ｓ Right
14. Organizational Ethics
Patient Care
15. Patient Care Team
16. Preparation for Patient and Family
17. Patient Assessment and Planning
18. Patient Care Delivery System
19. Patient Information and Record
20. Discharge Planning and Continuing Care

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

表３－10　HA-Thaiの実施している研修コース

HA100	HA for Hospital Executive
HA301	HA for Team Leader / Facilitator
HA302	After 1st step bring forward to systematic development and HPH in Linkage
HA303	New Trend of Quality Improvement
HA305	Quality Improvement for Service Support
HA400	HA for Lecturer / Coordinator / Quality Manager（Advanced Facilitator）
HA401	Internal Inspector
HA403	Professional Inspector
HA501	Medical Resource Administration（Basic Level）
HA502	Medical Resource Administration（Development Level）
HA601	Risk Management System in Quality Hospital
HA602	Clinical Quality and Safety
HA603	IT and Quality Improvement
HA604	（Individual Patient）Case Management
HA605	Drug Dispensary System in Quality Hospital

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

表３－11　HAの研修カテゴリー

	Basic	Intermediate	Advance
1. General Quality Development	HA301	HA100, HA302	
2. Being a Coach		HA400	
3. Inspection		HA401	HA403
4. Resource Administration		HA501	HA502
5. Particular Development	HA303, HA305	HA601, HA603 HA604, HA605	HA602

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

の病院は新人医師の確保ができず、また地方病院は研修終了後に医師をつなぎとめることが難しく、病院による人的資源管理が難しいという現状がある。

（4）病院機能評価とTQM

病院機能評価において病院サービスの質改善は重要な評価対象の一つであり、TQMの精神は、患者中心、チームワーク、リーダーシップ、戦略的計画の策定などに生かされている。実際病院機能評価の研究開発を行った際、そのパイロット病院は1993年にTQMのパイロット病院として選定された病院から選ばれており、病院機能評価の目標策定や実施においてもTQMのプロセスが活用されている。

TQMは、病院機能評価の開始以前から品質管理ツールの一つとして使用されていたのは、既述のとおりである。1992年より健康保険（Social Security Service: SSS）が始まったが、それに対してどのように医療の質を確保するかが問題となり、それに対する取り組みとして1993年に病院サービスの質改善プロジェクトが開始された。その発展形が現在の病院機能評価である。その後の全国的な広がりに関しては、患者満足、ケアの改善という需要側からのプレッシャーがあり、それが「30バーツ政策」により刺激されたという経緯がある。つまり、病院機能評価はTQMの次段階としてとらえられており、必ずしも病院機能評価とTQMが対峙することではない。また「バランス・スコアカード」による目標管理も盛んであり、公立病院の目標を示す標準的な手法の一つとして採用されている。病院以外でも公的機関においては、バランス・スコアが推奨されているが、これはタクシン首相がバランス・スコアカードの使用を推奨しているという政治的な

理由もある。

病院機能評価システム導入における制約や障害に関しては、外部要因としての政府の保健医療政策の変化があった。保健医療政策が明確でないと、各病院がどのように改善してよいかわからない。具体的にはどのような手法を選択すべきか、どのような手順が望ましいか、そのためのリソースをどのように確保するかなどにも影響を与える。内部要因は、どのように簡便な方法を開発するかということが問題であった。そしてどのように病院を勇気づけ、参加させるかということである。そのため３段階の評価レベルを設定し、レディーメードではなくオーダーメードにすることにより、病院サービスの質改善の促進と、各病院が病院機能評価を取得できるような環境を整備した。

病院機能評価を通じた改善活動は看護師が中心で、TQMに関しても熱心に取り組んでいる。医師に関しては日本と同様、臨床以外への興味が薄いことからグループ活動への参加などに困難を伴う場合が多いとのことである。そこで、臨床結果の追跡調査の改善という側面からTQM活動を進めるなどしながら巻き込んでいるようである。つまり、医師は臨床的・学術的な進歩を望んでいるので、医師の興味に合致するテーマで改善活動を開始することにより、興味をもってもらい、その後ほかの活動にも手を広げていくような形をとっている。

３－３－５　病院におけるTQM

TQM活動の現場を見せてほしいと依頼したところ、HA-Thaiより以下の４病院を紹介してくれた。各病院とも病院機能評価を既に取得しており、規模や運営形態などにおいて様々な特徴がある。逆に言えば、病院機能評価は規模や形態に限らず取得できることの証明であり、同様にTQM活動も規模や運営形態に左右されるものではないことを表しているともいえる。

(1) サラブリ病院（Saraburi Regional Hospital）のTQM

サラブリ病院は、サラブリ州（人口70万人）及び周辺５州、計230万人をカバーする第三次病院で地域病院（Regional Hospital）に分類される。また本病院には、交通事故･障害（トラウマ）センター、がんセンター及び医学校、看護学校などが併設されているほか、同地域の10の総合病院（General Hospital）を統括する役目もある。

同病院は1993年のTQM導入プロジェクトのパイロット病院に選出されて以降、TQMを推進しており、病院独自で外部講師を招へいするなど積極的な活動を行っている。当時の副院長で本プロジェクトの責任者であったチーム先生は、現在の院長であり、パイロット・プロジェクト終了後もTQMの推進を積極的にバックアップしている。また病院の健全経営が評価され、1999年には独立採算制（Autonomous）病院の候補の一つとされたが、政治的な理由で最終的には選定されなかった経緯がある。

同病院ではバランス・スコアカードを用い、病院の中短期目標を示し、その目標を達成するため各部門･部署が改善（CQI）運動を行っている。またCQI活動を推進するための事務局を設け、研修や教材作成などを行っている。当初、CQI活動は各グループに自主的に実施させてきたが、いくつかのグループが機能しなかったことから、現在では「Quality Day」を年１回（２日）設け、グループ活動の成果を発表するなど、モチベーションを上げるための活動を導入している。

同病院がCQIを導入したきっかけは、TQM導入プロジェクトのパイロット病院に選定されたことによるが、その背景は、労働負荷の増大をどのように抑えるかということであった。特に健康保険の導入、30バーツ政策以降、患者数は増加したが、病院の収入は増えず、職員数も増えて

いないことから職員１人当たりの業務量は増大しており、その状況下でどのように事故やミスを防ぐか、どのように職員の業務量を減らすかということが重要となってきたことにある。

本病院のCQI活動の例として現副院長のソマト先生より、呼吸管理（Respiratory Care）の改善に関しての説明を受けた。呼吸管理の改善活動は、RCQT（Respiratory Care Quality Team）によって実施されており、リーダーはソマト副院長である。

本活動を実施するにあたり、まず院長より医療機器の集中管理をする必要があるという指示を受けたが、そのためには単に集中管理を実行するのではなく、そのメリットを最大限生かす必要があると考え、そのための方策を検討した。そして集中管理した方がよい機材を抽出し、現状分析し、現状の問題点を洗い出して対策をとることとした。その分析の結果、一番問題が大きかった機器が人工呼吸器であった。

具体的な分析プロセスは、各機器の使用・管理状況を確認し、それに対する問題をデータに基づく解析により抽出した。その後、問題解決のためのトレーニング（３時間の研修を計９回）を実施している。その結果、人工呼吸器の取り扱い時のチェックリストを作成したほか、各病棟に呼吸器管理看護師（RCWN）を配置し、呼吸器管理の責任者とした。またRCQTの活動は感染症管理委員会（Infection Control Committee: ICC）と連動して行われ、機器の管理のみならず院内感染の防止のための活動でもある。

ソマト副院長は、本プロセスにおける重要点として、現状分析をきちんと行うことだと話していた。つまり問題に取り組むには、問題を明確にすることが重要であり、データに基づいた分析により事実を明らかにする必要があるということである。

（2）サオハイ病院（Sao-hai Hospital）のTQM

サオハイ病院はサラブリ州に属する、コミュニティ病院（Community Hospital）の一つで病床数10床、医師３人、看護師32人のこぢんまりとした病院である。診療活動のほかに地域の公衆衛生活動も担っている。同病院は病院機能評価の認定を取得した初めての地域病院であり、スワット院長は医師であるとともに経営学の修士（Public & Private Administration）も取得しており、その知見から病院の経営改善を進めている。

本病院における改善活動は、1999年より患者中心のサービスを開始し、TQM（CQI）を導入したのが始まりである。そして2002年には、タイにおける「ベスト ５S賞」を受賞している。また2004年は、「健康タイ（Healthy Thailand）」の認定病院となった。「健康タイ」は前述のHA-Thaiの業務の柱の一つで健康促進（Health Promotion）活動の名称である。「健康タイ」認定病院には通常の診断や治療機能のみならず、健康になるための施設（スポーツジム、マッサージ、サウナなど）が併設され、健康増進を目指す人々のトレーニング機会を提供している。

TQM活動を開始することとなったきっかけは、就任当初、院長がチェンマイ病院を訪問したときそのきれいさに驚き、自分の病院でも実施したいと考えたことによる。そしてCQI活動のファーストステップとして５Sを実施した。初めは病院独自で実施したがうまくいかず、民間のコンサルティング会社（Human Resource Management for Productivity Institute）のDr. Kanthinaを招き、２日間の研修（全員が出席）を実施した。現在、コミュニティ病院で病院機能評価の認定を取得したのは２病院のみということである。

院長いわく、「５Sは患者満足の中心であり、そこからTQMのアクションプランを作成している。また現在のリスクは人的資源開発の不足であり、TQMを通じてその開発を進めている」とのことである。５Sに関しては病院独自のガイドラインを作成し、そのガイドラインを基に活動

を実施している（表３－12)。

また、CQIの基本３コンセプトとして「Unit Optimization」、「Vertical Alignment」、「Horizontal Integration」を挙げ、全病院的な取り組みであることを強調している（図３－８)。

また「品質運営チーム（Quality Steering Team)」の下に８つの委員会（Committee）があり、全職員の３分の１にあたる105人が参加している。各委員会のリーダーは、病院内の役職に関係なく、リーダーシップさえあれば誰でもなれるということである。

各委員会は病院のアクションプラン（５年間）をベースに毎月の目標を決め、月初めのリーダーミーティングでその進捗を確認していく。その翌日にメンバー全員でミーティングを開き、全体の進捗の確認、結果、内容の再検討などを行う。また病院の目標はバランス・スコアカードで管理している。TQMの活動を通じて、職員の満足、患者満足も上昇しており、スタッフのマナー向上により、リピーターも増加している。また患者からの収入も増えているということであるが、具体的な資料を入手することはできなかった。

本病院におけるTQM活動の成功の鍵として院長は、各委員会による活動が自主的に行われてきたことにあると述べている。そのためには働きたいと思う環境をつくること、次に病院サービスに対する意識の改善をすること、最後に、その結果としてサービスの質向上がなされると述べ

表３－12　サオハイ病院が作成した５Sのガイドライン

・Background and Performance of 5S
・Components of 5S
・Step of Procedure
・Committee Organization Chart
・Chart of Administration Tasks
・Committee of Policy and Academic System
・Committee of Monitoring and Evaluation
・Committee of PR and Motivation
・Committee of Cooperation
・Zoning Charts and Activity Plan

出所：筆者作成。

図３－８　サオハイ病院

出所：サオハイ病院院長作成スライドより転載。

ている。

（3）シリラジ病院（Siriraj Hospital）のTQM

シリラジ病院は117年前に設立されたタイ最古で最初の西洋型病院で、総病床数2,400床、年間外来患者数200万人、年間入院患者数８万人、職員数１万人、うち医師が1,200人、看護師が4,000人を占めるタイでも最大級の総合病院である。本病院は教育省傘下の教育病院で、マヒドン大学の医学部、看護部の教育及び研修医（レジテント：２年間のインターン、３年間のDuty）、修士・博士課程の教育も行っている。さらにタイ伝統医療の学位コースも併設されている。

QCやTQM活動は15年前（1990年）に開始したが、２～３年前から盛んに実施されるようになった。TQMが開始された当時、同病院では、患者の期待の変化や民間病院との競合などの外的な問題に加え、労働負荷の増加や医師などの個人主義、診察部門ごとの縦割りなどの内部問題を抱えており、病院経営の変革に迫られていた。特に患者ケアのアウトカムが測れていなかったことが最大の問題であった。つまり病院幹部[47]は本病院の医療が本当にこれでいいのか、それを客観的に示す必要があると考えたのである。そして2002年に病院機能評価に認定を取得し、2004年に更新をしている。また毎年、HA-Thaiの調査員による監査が実施されている。また７年前より、病院のみならず学部においても改善活動（Quality Improvement: QI）を開始している。

現在、同病院における改善活動は、現場での改善に焦点を当て患者中心に行われている。またグループ活動を重視しており、グループのパフォーマンスを上げることを重要視している。実際の活動は400ある改善（CQI）ユニットが実施しており、その４分の１が審査ユニット（Survey Unit）としてユニットの監査を年２回実施している。また毎年、約10%の優秀な活動をしたユニットを対象に表彰を行っている。さらに年１回、日本のQC大会のような大きな会議を開き、パネル展示や発表などを行っている。本病院では特にナースグループのQCサークルが活発に活動しており、シンガポールのQCアワードなどを受賞している。

同病院の改善活動の特徴は、各ユニットの自主性を尊重していることである。改善の方向性はトップが示すが、個々の活動目標や内容は各ユニットが策定する。日本のTQMやタイの他病院で同様の方式がとられてはいるが、全体の目標と個々のグループ活動の目標の整合性は、経営陣･上司やTQM推進室など改善活動の事務局が調整し設定する場合が多い。シリラジ病院では各ユニットが責任をもつ。副学部長いわく、医学校では各講師に改善内容を同定する能力があり、さらに講師ごとに独立して活動していることからこのような方法が適しているということである。つまり現場の能力を最大限生かす形での改善活動が進められている。そうはいっても医学校だからということのみではなく、患者中心の改善がなされているということが重要である。当初の改善活動は看護師を中心に改善ユニットを形成し実施され、そして徐々に部門ごとに情報共有をし始めた。そして各ユニットの活動が軌道に乗ると医師たちも関心をもち始め、徐々に参加するようになってきた。現在の医師の参加率は30%であるが、徐々に増加しつつある。各ユニットの活動がさらに活発になると、患者を中心にした横断的な（Multi-Disciplinary）改善活動が開始されるようになった。今までは患者の治療サイクル（外来、入院、手術、リハビリなど）ごとに別々の改善ユニットが形成され、別々の改善項目を検討していたが、治療サイクルを管理する診療チームが一つの改善ユニットとなったことで改善活動も患者の治療サイクルに合わせて検討することが可能となった。それにより各改善ユニットの改善活動の結果と患者の治療効果の関係性

[47] 現地調査時、医学部副学部長兼副院長（質担当）のインタビューより。

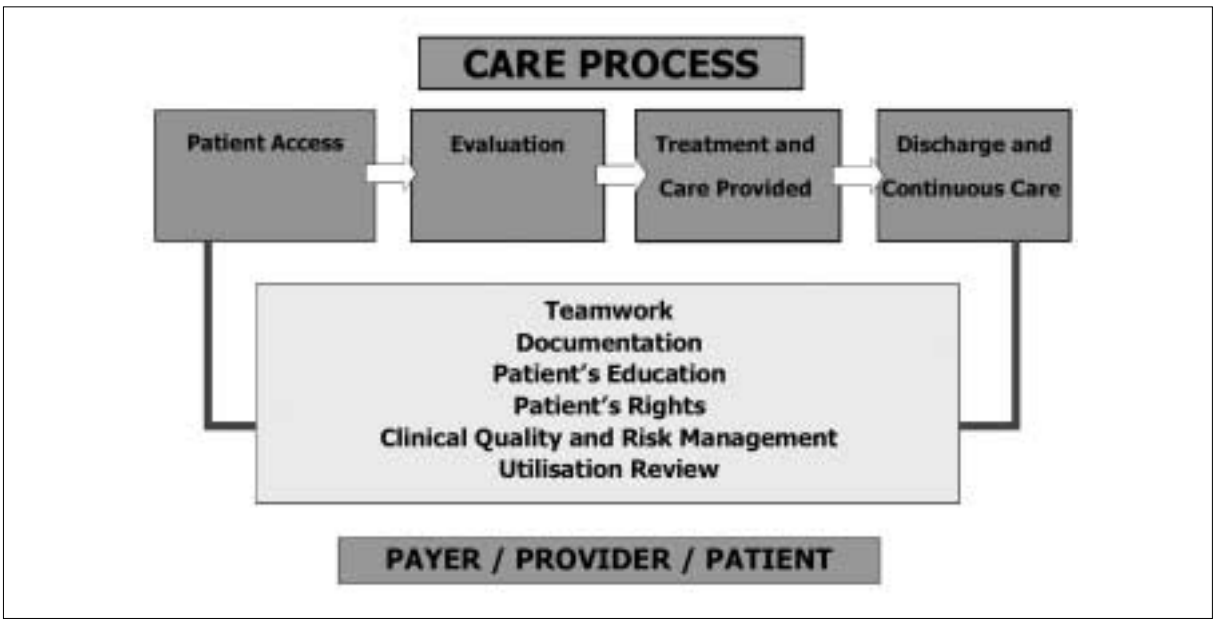
が明確になり、改善のアウトカムを測ることが可能となった。よって各ユニットの自主性に任せても全体の方向性との関係をみることが容易であることから事務局などが調整する必要がないのである。現在、106の診療チームが改善活動を実施している。当然診療チームのみならず間接部門においても患者中心の改善活動が実施されており、部門ごとの改善ユニットが共同で改善活動を行うこともある（図３－９）。

また改善活動は研究活動とも結びついており、クリニカルリサーチの一環として、優れた改善計画にはリサーチ資金を提供するなど、研究者の研究意欲と合致するような取り組みがなされており、2005年度は40ユニットがプロポーザルを作成し、10ユニットに資金を提供した。さらに2004年より、「R2Rプロジェクト（Routine to Research）」を開始し、病院サービスの改善で培ったノウハウを臨床面（Clinical）の改善にも役立てる計画を進めている。

本病院の改善活動の成功要因として本病院及び医学部の質開発を担当する副学部長のアピチャティ教授は、病院機能評価の認定取得が大きいと述べていた。認定取得のための活動が、改善及びリーダーシップのポテンシャルを引き出した。外部からのプレッシャーではなく、各人が改善の喜びをつかんでそれにより活動が前進していったとのことである。実際病院機能評価の認定取得は大病院ではできないとも言われたが、病院変革に必要なことと考え挑戦することにした。「病院機能評価はまだ一度更新が終わったばかりで病院に文化として根付いたとは言いきれない、文化になるには最低でも５年はかかるし、状況によってはさらにかかるだろう」とも述べていた。つまり、病院の状況に合わせた改善文化の醸成が重要であるという病院機能評価のコンセプトは、本病院に十分に認識されているようである。

また副学部長にリーダーシップの必要性に関して聞いたところ、「リーダーシップがなければやる必要はない。時間の無駄である」という回答であった。それでは現にリーダーシップがある人材がいなければ改善ができないのかと尋ねたところ「リーダーとしての資質がある人はたくさ

図３－９　ケアプロセス（シリラジ病院）



出所：シリラジ病院副院長作成のスライドより転載。

んいる。ただ探しきれていないだけ」という回答であった。本病院の場合は副院長をはじめリーダーシップのある人材がいたが、それ以上に、病院機能評価の認定プロセスにおいて、リーダーシップのある人材が発掘されたことが改善活動の成功に重要な役割を担っていたといえる。

(4) ブミポール空軍病院（Bumble Adulate Hospital）のTQM

ブミポール病院は700床を有する第三次レベル病院であるが基礎診療部門（Primary Care Unit）も有しており、リファレルのみならずすべてのレベルの患者を受け入れている総合病院である。病院組織は空軍に属し職員も軍属となるが、患者は軍関係者とその家族のみならず周辺地域住民も広く含まれる。また幹線道路に面しているため、交通事故患者が多いことから、交通事故・障害センター（トラウマセンター）を併設しており、さらに循環器センター、がんセンターも備える。また教育病院としての機能もあるが、研修医（レジデント）のみ受け入れている。看護師数は約800人、医師数は約180人で、さらに約70人のレジデントがトレーニングを受けている。

TQMに関しては1990年ごろから始まり、各部署の状況に合わせて、５Sやエクセレントサービスの徹底（Excellent Service Behavior: ESB）、リスク管理などを導入している。また活動の初期には周辺環境（Frontline）の改善から始めている。そのきっかけは、当時の院長が全職員に対し「どのように病院としての質を改善するべきか」を質問したことであった。そして今までは各部門で改善の方向性が異なっていたが、患者中心で進めるべきだということでまとまり、TQM活動が実施されるようになった。しかし、実施当初は必ずしも十分な成果が上がっているとはいえなかったようである。その折、HSRIにおいてTQMに関するパイロット・プロジェクトを実施していたことを知り、その活動が本病院の改善にとても役立つと考え、HA-Thaiのアヌワット所長（Dr. Anuwat）への接触を開始した。

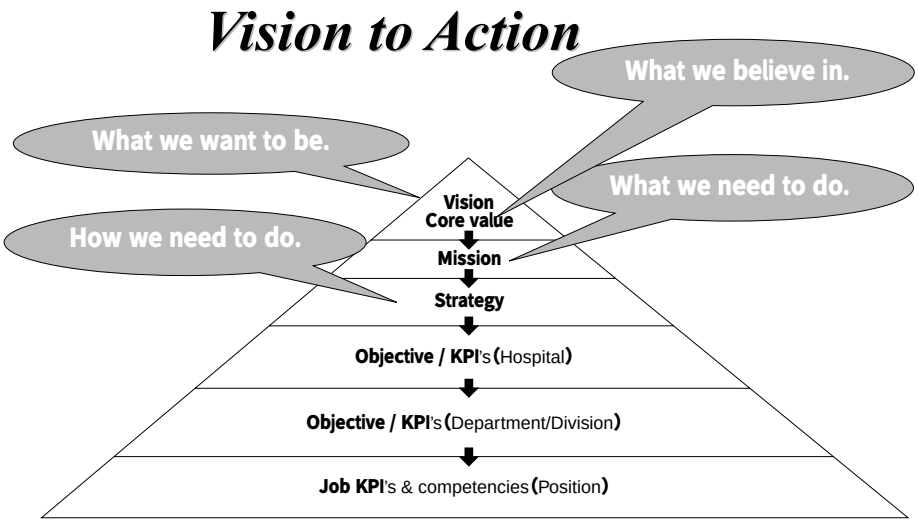
そして1999年より病院機能評価の認定取得のためのプログラムを開始し、2002年に認定取得した。さらに2006年、病院機能評価認定の更新を受けている。病院機能評価の認定を目指すことはトップマネジメントグループの英断によるが、その目的は30バーツ政策などを通じて職員の業務負担が増大したことから、業務を標準化し、職員の負担を軽減したいという考えからであった。結果として標準化を通じて、安全が確保されるようになり予想以上の成果を上げているといえる。ただし病院機能評価の取得により病院収支の変化はなく、病院機能評価の認定取得、TQMの推進が必ずしも金銭的な影響を与えているわけではない。

本病院では病院機能評価認定取得のためにまず、ファシリテーターチームの育成、顧客（患者）ニーズの確認及び組織づくりを行い、その後改善行動の醸成、戦略プランの策定及びスケジュールの作成、そして全職員向けのトレーニングを実施した。特に戦略プランは病院のビジョンからミッション、戦略などの各段階の目的を明確にして各部門の目標と病院の戦略との整合性を図っており、民間企業のマーケティング戦略を取り入れている（図３－10）。

また組織づくりに関しては、業務上の組織体系とは別に品質改善組織体系（Quality Improvement Organization）を構築し、品質改善チームとの連携の下、縦断的には臨床部門別のリーダーチームが、横断的には機能別のリーダーチームが品質改善を推進していく。さらに品質改善には自己評価が重要との観点から、個々人及びチームによる自己評価を重要視している。これは改善マインドを醸成するにも重要な要素といえる（図３－11）。

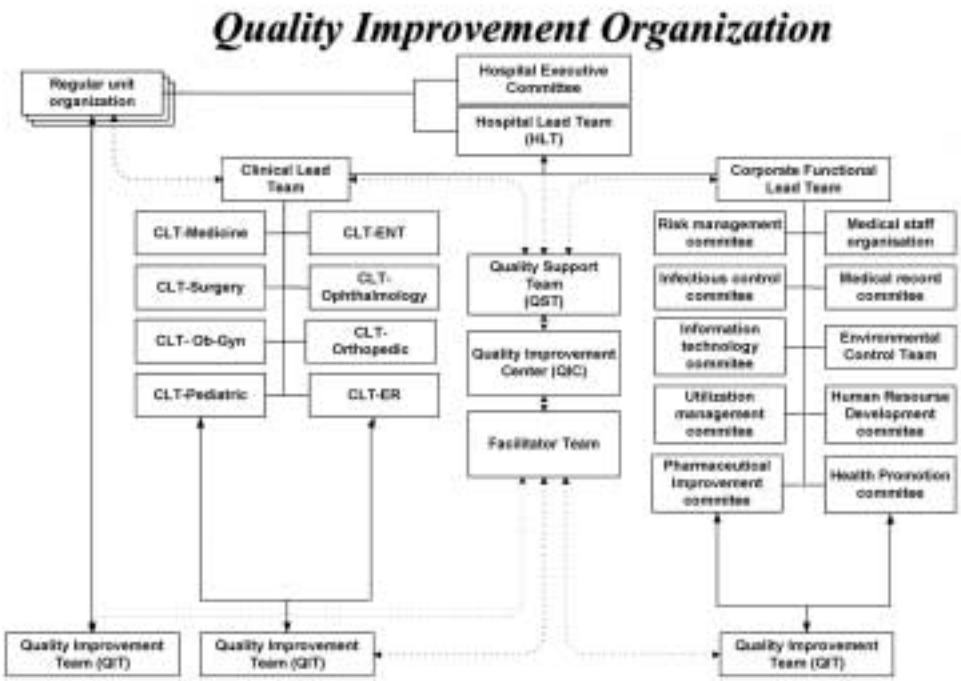
さらに患者を中心にした改善活動を行うため、様々な手技・手法を取り入れ活用しているという特徴もある。つまり手法主導（Tool Oriented）で改善活動を行うのではなく、患者を中心とした目的志向で改善活動を行っている（図３－12）。

図３－10　ブミポール空軍病院



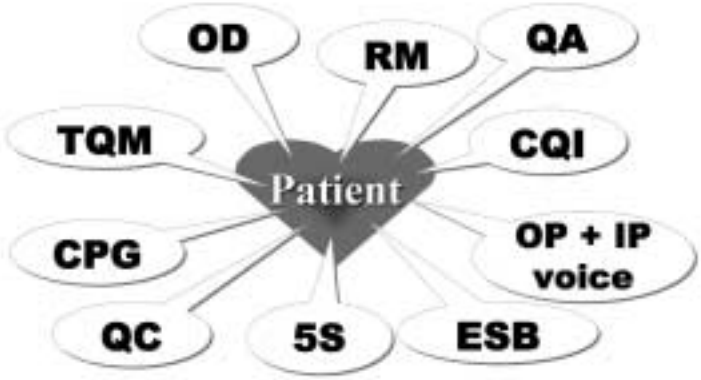
出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

図３－11　ブミポール空軍病院



出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

図３－12　ブミポール空軍病院



凡例：ESB（Excellent Service Behavior）＝エクセレント・サービス・ビヘイビア
OP+IP Voice＝外来及び入院患者の声（意見の収集）
CQI（Continuous Quality Improvement）＝継続的質改善
QA（Quality Assurance）＝質保証
RM（Risk Management）＝リスク管理
OD（Operation Design）＝操作（手順）デザイン
CPG（Clinical Pathway Guideline）＝クリニカル・パス・ガイドライン
出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

このような本病院における品質改善活動で、民間企業におけるマーケティング戦略のお手本のような取り組みがなされているが、このような活動を実施するにはHA-Thaiによる指導が大きかったようである。

最後に副院長に本病院における成功要因を尋ねたところ、「品質改善へのコミットメント」、「チームの知識」、「HA-Thai」ということであった。そして実行には強いリーダーシップが重要であるとも述べていた。ただリーダーシップがなければできないということではなく、まずは品質改善をしたいという意志を育てること、正しい品質改善の知識を与えること、そしてリーダーシップマインドを育てることによりリーダーは育つということであった。そのためのロールモデルを確立することが重要であるということであった。

３－４　フィリピン

フィリピンにおけるTQMに関しては、現在、フィリピン保健省より日本の大学院に留学中であるリーゼル医師（Dr. Leizel）の協力を得てまとめた。全文は資料編に記載したが、本節はその要約について述べてみたい。

リーゼル医師は、品質保証と改良のプログラムの促進及び実施における、７人の重要なキーインフォーマントにインタビューを実施した。７人には、保健省（Department of Health: DOH）と健康保険機構（Philippine Health Insurance Corporation: PHIC）のプログラムマネジャー、政策立案者及び実施担当者が含まれ、さらに保健医療サービスの質を促進する保健省以外の機関からも選定された。この省外機関には、フィリピン医療施設評価協議会（Philippine Council on

Accreditation of Healthcare Organization: PCAHO）及びフィリピン医療の質協会（Philippine Society for Quality in Health Care: PSQua）が含まれている。

フィリピンにおける保健医療サービスにおける質改善は、ここ20年以上、保健セクターの主要な課題となっている。本調査ではフィリピンの保健セクターにおけるサービスの質改善プログラムの発展を誘発要因（トリガーイベント）[48]、成功要因、病院における事例及び教訓を包含して考察している。

調査の結果、フィリピンにおける質改善プログラムでは、①地方への保健医療サービスの権限委譲、②法律による強制が背景・経緯としてあり、保健セクターのリーダーによる保健医療サービスの質改善の必要性の認識がトリガーとなっている。これらの質改善プログラムは様々な形で実施されているが、保健セクターにおけるフィリピンの質改善の経験は以下のような教訓を導き出すことができた。

①ケアの質に関する政策を示すことが質改善プログラムの明確な方向性を示す。
②質改善プログラムはインセンティブと結びついていれば成功しやすい。
③施設間の質改善に関するイニシアティブの共有はサービス提供者に質が重要性であるという意識を増加させる。
④質改善プログラムは限られた資源の効率的利用及び収入の増加をもたらす。
⑤コミュニティが質改善プログラムへの意識を増加させれば利便性が高くなる。

３－４－１　フィリピンの品質改善活動の歴史

フィリピンの保健医療サービスは、過去14年間にドラスティックに変化しており、特に立法による保健医療制度への影響は大きい。保健省は、法律によって質の高い保健医療サービスへのアクセスを保証し、保健省の医療施設・サービス局は各施設が独自の品質改善計画を確立するよう促している。

1995年、国民健康保険法（同時に健康保険公社（PHIC）の開設）が可決された。この法律では、保健医療サービス供給者は、保険施設認可の前提条件として品質保証プログラムの策定、実施が求められる。またPHICの「品質保証及び調査方針開発グループ（Quality Assurance and Research Policy Development Group: QARPDG)」が組織され、同法におけるこの規定が確実に実行されるよう措置されている。

QARPDGは、医療施設、医療従事者への品質保証プログラム、政策及びガイドラインの開発及び強化に責任をもつ。さらに、保健医療基準、作業監視及び評価システムを開発し、持続的に調査し、さらに施設利用度調査、臨床技術及びアウトカム評価を担当する。

またQARPDは、保健医療サービスのパフォーマンスの改善におけるマニュアルの開発を通じ、PHICに認定された施設における質の高いサービスを保証するための活動を行っている。本マニュアルはPHIC認定施設の保健医療サービスの質評価及び測定の基準となっている。さらにQARPDGは、医療施設がPHICへの認可を申し込む前に、自己評価のために使用することができる標準及び基準の最新のリストを提供し、以下の「フィリピン保健医療品質規格」を示している。

・患者権利及び組織倫理
・患者ケア

[48] トリガーイベントとはある事象を誘引する因子及び事件のことであるが、本報告における意義に関しては第4章参照のこと。

・リーダーシップとマネジメント
・人的資源管理
・情報管理
・安全な行動と環境
・パフォーマンス改善

1996年、フィリピン医療の質協会（PSQua）設立のため、専門家集団の代表、学術機関、政府機関が召集された。PSQuaは、

①公私にかかわらず、保健医療供給者の品質保証、品質改善及び品質管理を促進
②保健医療の質に関する学術会議、ワークショップ及びセミナーの実施
③保健医療セクターの臨床に関する質研究の促進
④医療施設の認可プロセスにおけるルール、学術的分野における政府系機関との共同研究

を掲げ、2004年、フィリピンの病院の質を促進する指針としてQA/QMの基準（Essential Elements）を開発し、さらに保健医療サービス用のQA/QIのトレーニング法を確立し、国内で35を超えるトレーニング・ワークショップ、アジア生産性機構（APO）支援によるトレーナー訓練、81の病院品質改良コンテストを実施した。

1998年、病院への規則監督を強化するため、フィリピン医療施設評価協議会（PCAHO）が組織された。PCAHOは非営利民間の病院機能評価団体であり認可、教育、トレーニング及び研究を通じて保健医療サービスの品質改良を促進することを目的とする。その設立の７年後に、PCAHOは保健省の依頼により、海外で労働するフィリピン人の健康診断[49]を行う主要なクリニック（150施設）の品質規格システム（Quality Standard System: QSS）の認証を行った。また保健省が医薬品のテスト機関の機能評価の認定を一新する以前は、PCAHOがQSSを認定することを承認していた。さらに、PCAHOは135のクリニックを監査し130を認定し、品質管理代表（Quality Management Representative: QMR）、クリニック管理者、ほかの診療所のスタッフ及びクリニックや教育機関へのトレーニングを実施した。

1998年、保健省は米国国際開発庁（United States Agency for International Development: USAID）からの援助を受け、品質保証プログラム（Quality Assurance Program: QAP）戦略計画を策定した。1999年には、このプログラムが改名され、活力の中心活動（Sentrong Sigla Movement: SSM）として一般に知られるようになる。SSMの最終目標は、質の高い保健医療サービスを提供する際に保健省と地方自治体ユニット（LGU）の間の協力を確立することであった。このプログラムの目的は以下のとおりである。

①キャパシティ・ビルディングを通じたQAPの制度化
②QA活動の調整、支援及びモニタリングのメカニズムの確立
③有効なInformation, Education and Communication（IEC）及び広報キャンペーンの開発と実施
④患者をパートナーとして取り込む

このプログラムには２つの戦略があり、第１の戦略は、確立している基準を満たした地区病院、

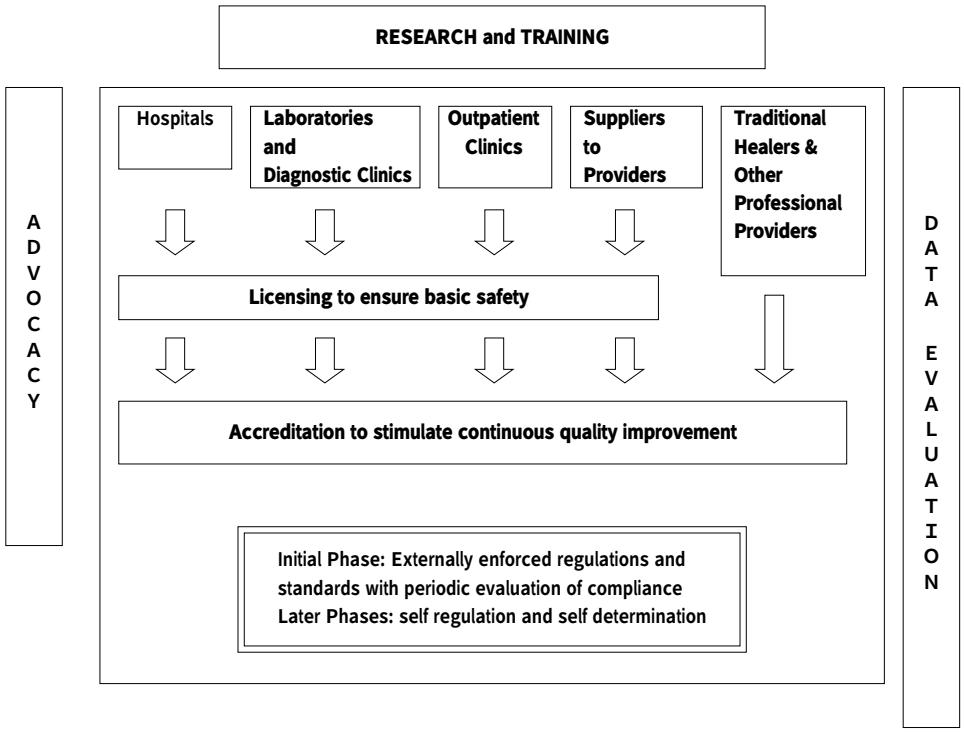
[49] フィリピンの労働者が海外で仕事を行う場合、労働者が健康であることを証明するため健康診断を受け、その証明書の提出が求められる。労働者は海外への出稼ぎを行うために証明書の偽造を行うことがあり、証明書の信頼性が低いことが問題となっていたようである。

表３－13　Sentrong Sigla Certified Facilities, 1999-2004

Facility	Total Number	Total Certified	% Accomplishment
Rural Health Units/Health Centers	2,385	1,375	58%
Barangay Health Stations	13,540	390	3%
Devolved Hospitals	631	97	15%

出所：DOH（2005）

図３－13　Quality Framework of Quality in Health Program


RESEARCH and TRAINING
ADVOCACY
Hospitals
Laboratories and Diagnostic Clinics
Outpatient Clinics
Suppliers to Providers
Traditional Healers & Other Professional Providers
Licensing to ensure basic safety
Accreditation to stimulate continuous quality improvement
Initial Phase: Externally enforced regulations and standards with periodic evaluation of compliance
Later Phases: self regulation and self determination
DATA EVALUATION

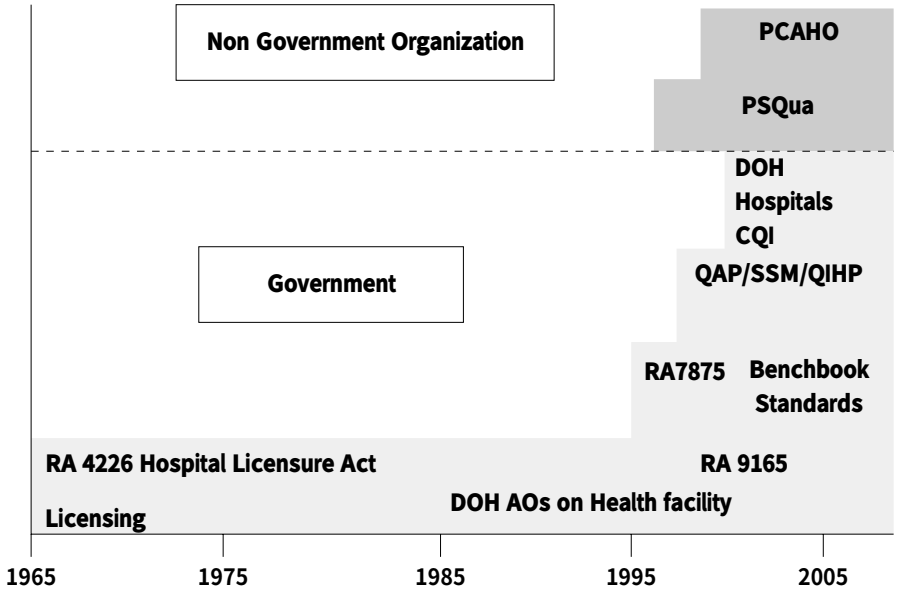
出所：リーゼル医師作成。

地方の保健ユニット、都市保健センター及び村健康ステーション（Barangay Health Stations）を含む公衆衛生施設の認証であり、第２の戦略は、これらの施設における保健医療サービスの継続的な品質改良（CQI）を内包化するキャパシティ・ビルディングであった。表３－13は1999～2004年におけるSSMの成果である。

2001年には、保健省の他セクションによって許可された健康維持プログラム（Quality Improvement Health Program: QIHP）やPHICの認可、支払いメカニズム、専門家集団（DOH行政命令17-Bシリーズ2003に基づく）により、保健医療サービスの質は中央と地方行政の相互作用を超えて拡張し強められた。このプログラム（QIPH）はQAPとSSMに代わり、①強制的認可、②PHICやほかの専門職協会による任意の認可、③SS（Sentrong Sigla）による認可を含む。図３－13は、QIHPの下の質フレームワークである。

さらに保健省は2001年に、国立保健医療施設開発センター（National Center for Health Facilities Development）を通じて、保健省病院と保健医療サービス区のCQIプログラム設立のための保健省運営委員会及び技術的なワーキンググループを設置するための省令を定めた（310-Js

図３－14　Chronological Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines



凡例：PCAHO＝Philippine Council on Accreditation of Health Care Organizations
PSQua＝Philippine Society for Quality in Health Care, Inc.
Quality Assurance Program（1998）/ Sentrong Sigla Movement（1999）/ Quality in Health Program（2003）
Republic Act 7875＝National Health Insurance Law, as Amended
Republic Act 9165＝Dangerous Drugs Act of 2002
Different Administrative Orders include AO 147 s2004, amended by AO 0029 s2005
出所：リーゼル医師作成。

2001 and 172-c s 2003)。これは保健省病院によって提供される保健医療の質の継続的な改良を促進するためである。

図３－14は、政策の年代順の開発、フィリピンで保健医療サービスの品質保証と改良のプログラムを実施し促進するプログラム及び組織の設立を表している。この図は単に政策の開始時期のみならず、実施、運用上の程度を示している。例えば、PHIC Benchbookは2003年に開発され、2004年に公表されたが、このツールは2006年に始まるPHIC認可のための基礎として使用される。

表３－14は、品質保証と品質改良の様々な政策手段を実施する機関の特性を要約したものである。同表に含まれた情報は、現在行われていることのみであり、これらの機関の将来の意図あるいは計画は含まない。例えば、SSMによる認可は、SSMフェーズ１では地方の公立病院と村保健ステーションをカバーしていたが、QIHP 内のSSMフェーズ２ではSSによる認証は地方の保健ユニットに焦点を当てている。

フィリピンでは病院間の競争におけるイニシアティブを得るために、台湾とサウジアラビアのようなほかの国々の同様の評価・認証やISO、医療施設認定合同審査会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO）認証が求められるようになった。2005年時点で、保健省は137のクリニックと病院をPCAHOとISOによって認可されたこと、一つの第三次レベル私立病院がJCAHOに認可されたと公表した。

表３－14　Summary of the Different Institutions/Organizations that Contribute to the Quality Improvement Efforts in the Philippines

	DOH BHFS	PHIC	SSM PHASE 2	DOH NCHFD	PSQua	PCAHO
Type of quality assurance/ improvement instrument	Licensing Some accreditation	Accreditation	Certification	—	—	Accreditation/ Certification
Nature of quality assurance/ improvement program	Mandatory	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary
Legal/policy Basis (most recent amendment)	RA 4226 RA 9165 AO 0029 s2005	RA 7875	AO 17-B s2003	AO 172-C s2003	—	Authorization from DOH
Purpose of QA/QI instrument	Ensure safety Permit to operate Quality improvement	Participation to NHIP[*1] Quality improvement	Prerequisite for PHIC accreditation Quality Improvement	Quality Improvement	Quality Improvement	Requirement for DOH accreditation Quality improvement
Target facilities	**Licensing**: Hospitals and other health facilities (excluding medical and dental clinics, rural health units and Barangay Health Stations) **Accreditation**: drug testing laboratory, confirmatory drug testing laboratory, hospitals conducting kidney transplantation, OFW[*2] and Seafarer Medical Clinic	Hospitals, out-patient clinics including ambulatory surgical clinic, dialysis clinic, maternity clinic, anti-TB/DOTS centers, rural health units	Rural health units	DOH hospitals	Tertiary hospitals	Confirmatory drug testing laboratories, OFW and Seafarer medical clinics
References for QA/QI	AO 147 s2004, AO 0029 s2005	PHIC Benchbook	Sentrong Sigla Quality Standards List	Department Order	Training Manual for QA/QI	Quality Standards Systems
Quality assurance/ improvement activities	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation, training and TA	Training Technical assistance	Training, TA, showcasing of QIactivities	Training, TA[*3], accreditation, certification review

凡例：[*1] NHIP = National Health Insurance Program
[*2] OFW = Overseas Filipino Workers
[*3] TA = Technical Assistance
出所：リーゼル医師作成。

３－４－２　品質改善計画の開発における背景・経緯、トリガーイベント、成功・促進要因

リーゼル医師はフィリピンで品質改善計画及びほかのイニシアティブの誘発要因（トリガーイベント）を「地方分権」、「必要性の認識」、「立法」と整理し、促進要因として「リーダーシップ」、「海外からの支援」、「品質保証プログラムの受容性」を挙げている。

しかし各内容を検討すると、品質改善の背景・経緯として「地方分権」、「立法」、さらに「全保健医療分野の品質管理の必要性」があり、トリガーイベントとして「必要性の認識」、「海外からの支援」さらに「海外からの要求」にあると思われる。また「リーダーシップ」、「品質保証プログラムの受容性」は成功・促進要因といえるであろう。よってリーゼル医師の報告をベースに以下のように整理した。

(1) 背景・経緯

１）地方への権限委譲（地方分権）

1992年の地方自治体ユニット（Local Government Units: LGUs）への保健医療サービスの権限委譲は、主要な保健医療施設の品質改善計画のトリガーの一つである。保健医療サービスがLGUsに委譲されたことによりリファレルシステムは分裂し、予防・治療の保健医療サービスが崩壊した。さらに健康サービスの質は、健康維持プログラム、特に予防ケアにおける資金不足、医療従事者のモラルの低下、設備の慢性的な不足、地方の薬の低品質及び不安定な供給などにより一層悪化した。保健省が品質保証プログラム（SSM）を開発するためにUSAIDからの技術援助を求めた際の状況である。前述のとおりQAPは、地方の保健医療施設によって提供される保健医療サービスの質を保証するための必要条件を示す主要な品質改善計画となった。

２）立法

共和国法7875（国民健康保険法）は、フィリピン健康保険公社の設立及びその一部である「品質保証研究及び政策開発グループ（QARPDG)」を含む様々な組織を設置するベースとなっている。この組織は保健医療供給者の品質保証に焦点を当てており、PHICの品質保証プログラムによって、以下の点が改善された。

①国民健康保険プログラム傘下の施設が、保険加入者に質の高い保健医療サービスを提供するために、医療従事者への適切なトレーニング及び信頼の確保。

②保健医療基準策定の促進。

③投薬や医学的処置が医療及び倫理的な標準に合致することの確認。

PHICは、品質保証プログラム（NQAP）の実施を通じて、法的な条件を整備してきた。このプログラムは、すべての認証された保健医療サービス供給者に適用可能であり、主な焦点は、不十分なサービス、不必要な診断・治療の介在、不合理な薬物使用、不適当なリファレルシステム、現在のガイドライン、治療手順からの逸脱及び未承認薬などに対して利用者の保護を行うためのモニタリング・システムを確立することと考えられている。

３）全保健医療分野の品質管理の必要性

同国の場合、公的医療サービスや病院サービスのみならず、すべての保健医療サービスの品質改善が求められていた。具体的には薬局・薬店のサービス、製薬工場の品質管理、医療機器、医療材料の品質管理などである。さらに海外への出稼ぎ労働者の多い同国にとっては労働者の健康面（質）が重要であり、その保証の一環として、健康診断の質も、品質管理の対象分野に

含まれる。

(2) トリガーイベント

1）必要性の認識

トリガーの一つは患者の要求に対応するための品質改善計画が必要となったことである。これは公立病院にとって特に重要であった。保健省傘下の病院は、日本の５Sプログラムの実施から始まり、各病院のイニシアティブに基づいた品質改善計画を個別に開発したが、保健省病院局長は、保健省病院の質プログラムのための雛形の必要性を感じ、そのための省令（310Js2001）、品質改善計画を確立する保健省運営委員会及び技術的なワーキンググループが設置された。この健康医療政策の論理的基礎は、保健省病院及び保健省に規制を受ける業種におけるサービスの質のベンチマークを提供する手続き及び標準の確立であった。近年、別部局の省令では、リーダーシップと参加経営、継続的な品質改良活動、リスク管理、報告・記録システム及び資金調達などを中核とした、保健省病院のCQIプログラムを計画するためのドラフト作成を開始している。

ほかに認識としては病院の許認可メカニズムを強化することがある。それは、PCAHOの設立という形で具現化された。PCAHOは、もともとは病院の許認可のために設立されたが、クリニックの認可も行っている。PSQuaは、保健医療供給者によって始められた品質改善計画の支援、制度化を促進するために組織された。

2）海外からの支援

不足する資源（人間と財源）に直面しているにもかかわらず、フィリピンの品質改善計画の開発は海外のドナーからの技術的・財政援助を得ることにより推進された。特に、SSM及びPCAHOの創設はUSAIDからの援助の成果である。他方、PHICはWHOの支援の下、EPQIを試行することができた。2003年、東北大学医学部の上原教授によりフィリピンに紹介されたEPQIは、病院の医療サービスの継続的な品質改善を促進すると期待されている。アジア生産性機構（APO）は、フィリピン開発アカデミー（Development Academy of the Philippines: DAP）を通じて、品質保証のトレーナーの訓練、保健セクターでベンチマークテストなどを通じてPSQuaを支援した。

3）海外からの要求

前述のとおり、海外への出稼ぎ労働者の多い同国にとって、その受け入れ先の要求は絶対である。その受け入れ先の要求を満たす形でクリニックの質管理、ひいては健康診断の信頼性が向上し、出稼ぎ労働者が健康であるという証明につながっている。

(3) 成功・促進要因

1）リーダーシップ

強いリーダーシップが、様々な品質保証、改良プログラムの実施、制度化の重要な要因であることが確認できた。保健省元次官補（Dr. Mercado） は、SSMを開発・促進し、Dr. Dayritはより広く、包括的な健康維持プログラムの質の強化を推進した。病院及び立法では、保健省次官補（Ms. Galon）が、保健省病院のための標準化された品質改善計画を推進した。クイリノ記念病院（Quirino Memorial Medical Center: QMMC）では、Dr. Arandiaが、病院によっ

て提供される保健医療サービスの改良、及び病院の品質改善計画の提案・推進におけるカリスマとみなされている。民間部門ではPSQuaとPCAHOの双方に属するDr. Marambaが、品質改善計画のオピニオンリーダーとみなされている。

２）品質保証プログラムの受容性

品質改善計画の実施及び継続を促進する別の要因は、保健医療供給者の受容性である。例えば、PHIC のベンチブック（Benchbook）の実施では、その前に品質改善計画を確立するために参照活用されていたので容易に受け入れられた。同様に、SSMの認証は開始後６年経っても強力に実施されている。現在、地方の保健ユニットあるいは保健センターの1,371（58%）の施設は、SSMによる認証がされており、さらに660（48%）の施設はPHICによって認証されている。さらにSSのレビューでは、SS評価直後とSS認証受領直後から、変化と改善が観察された施設が多数見受けられた。

３－４－３　品質改善計画の挑戦

しかしながら、さらなる品質改良イニシアティブの実施に向けた取り組みが必要である。これらは組織的な必要条件、品質方針の協調、質プログラムをはじめ、継続する保健医療供給者の準備など、幅広く検討する必要がある。

(1) 組織的な必要条件

保健医療サービスの質を改善する保健医療供給者の意識を高めることが初期の成果であるにもかかわらず、保健省とPHICは、両組織の強化及びキャパシティ・ビルディングが、品質改善計画の十分な施行への障害であると認識している。例えばPHICでは、標準作業を実施する専門家は、契約もしくはコンサルタントとして残る一方で、PHICの正規職員である彼らには、質ツール、プロセス及び品質保証プログラムの社会分析の能力開発が必要とみられている。

(2) 品質方針とプロセスの協調

フィリピンの品質改善計画の強さの一つは適切な政策策定である。しかしながら許可と認可の間の協調が必要であり、双方のプロセスの合理化が達成されることも必要である。例えば、PHICの認可政策の内容は保健省の免許政策と矛盾してはならず、SS及びPCAHOによって与えられたように重複せず、認証を補足する必要がある。現在、保健省とPHICは、地方保健ユニット（Rural Health Unit: RHU）及び保健センターのための個別の基準をもっており、別々の認可と承認を発行するため、医療施設を悩ませている。

同様に、誰でも保健医療の質向上に寄与するように、保健医療の質を促進する異なる機関及び

表３－15　Status of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Programs for Rural Health Units and Health Centers(HCs), September 2005

Total Number of RHUs/HCs	2,835
Total Number of SS Certified RHUs/HCs	1,375
Total Number of Non-SS Certified RHUs/HCs	1,010
Total Number of PHIC Accredited RHUs/HCs	841
SS Certified Facilities with PHIC Accreditation	660
SS Non-certified Facilities with PHIC Accreditation	181

出所：DOH（2005）

組織の役割が定義され、一致する必要がある。例えば現在、PSQuaは、認可のため保健医療供給者にトレーニングを供給することができるが、同様にPCAHOは、認可されなかった供給者に技術援助を供給することができる。

(3) 保健医療供給者の準備

品質改善計画を採用する保健医療サービス供給者の準備として、プログラムを実施するために、プログラムについての知識、それを実行するための技術及び資源の有効性を検討する必要がある。現在、多くの保健医療サービス供給者、特に、小規模病院はPHICのBenchbook基準を実行する準備ができていない。SSプログラムを評価するために行われた研究では、SS認証施設の56%は、豊富な地方自治体ユニットの下にあり、品質改良努力に財政的援助をすることができるLGUにばらつきがあることを証明した。また財源の不足は、保健省傘下の病院の質プログラム実施における障壁の一つである。さらに財源不足は、品質規格を確立し更新するための研究実施において致命的である。

３－４－４　フィリピンにおける質改善計画の教訓

フィリピンの品質改善計画は比較的最近展開されているため、教訓はあまり得られない。しかし以下のような点は、ほかの途上国で行われる品質改善活動の参考になるであろう。

(1)「保健医療の質に関する政策は、その実施の明瞭な方向を提供する」

フィリピンの品質改良イニシアティブは、立法とガイドラインからPHICと保健政策までに及ぶいくつかの政策によって明確化され支援されている。これらの政策手段は保健医療供給者に明瞭な指示を与え、品質改善計画を実行する組織的な枠組みを示した。しかしながらこれらの政策の立案は、政策策定者と保健医療サービス供給者の間で十分なすり合わせなしで早急に実施された可能性がある。さらに政策の迅速な施行は、保健医療サービス供給者の準備が不十分であることから、逆に政策の施行を遅くするかもしれない。

(2)「インセンティブと品質改良のリンクによる推進の必要性」

SSのフェーズ１での経験は、インセンティブと品質改善計画がリンクしていれば、地方公務員や保健医療サービス供給者は品質改善計画をより容易に受理することを示した。SSMの評価では、調査対象の地方自治体の89.7%が、SSMにより医療従事者の88.1%が変化や改善を実感したことが認識されたことを示した。対照的に品質改良の必要条件が、認可条件に含まれているとき、供給者からの抵抗が観察された。これらの２つの教訓を考えれば、フィリピンの将来の品質改善計画は、健康保険のPHIC認可及び支払いとリンクする必要がある。

しかしながら、インセンティブは品質改善計画の最終目標ではない。保健医療の質の改善意識の増加とQIHPを実施する保健医療サービス供給者への動機付けが必要である。増加した患者へのサービスの充足、保健医療施設スタッフ間における改善されたモラル及び健康結果を改善する

表３－16　Hospital Bill Collection, 2002-2004

Year	Number of Patients	Income Collected $US	% Increase
2002	23,049	52,454,171.82	
2003	20,075	71,561,560.00	26.7%
2004	19,515	103,391,892.85	30.8%

出所：QMMC（2004）

ことなどである。

(3)「医療機関の間で品質改良イニシアティブを共有することは、品質意識を増加させる」

PSQuaによる年次大会によって、多くの教訓及び個々の施設の品質改良努力が学習され、共有された。この年１回のイベントは、保健医療セクターの品質改良意識を高める場を提供し、さらにそれらの品質改善計画を採用し実行するよう、多くの保健医療サービス供給者を勇気づける。

(4)「品質改良は、収入増加や資源の有効活用をもたらす」

各保健医療施設は、限られた財源の下、品質改善計画を開発した。例えばクイリノ記念病院（QMMC）では、拡張して改善されたサービスに加えて、患者の支払い能力を評価し、料金徴収を増加させた。さらに、支払い不可能な患者に対して、財政援助の申し込みに対する助言を行っている。表３－16は、病院収入の増加を示している。

(5)「保健医療の品質改良のためにコミュニティの意識を高めることは、高活用に結びつく」

SSMの実施を通じて、主要な保健医療施設の患者、NGO及びコミュニティ組織のリーダー、LGU職員において、保健医療サービス供給者の質が向上したという認識が強まった。SSMのインパクトを評価する研究では、46%の人が、質の高い保健医療サービスを求め、SSMで認証された医療機関を選ぶと回答した。

３－４－５　結論

フィリピンの保健セクターの品質改善計画の開発を促進した事象は、今後も存在し続けるだろう。地方自治体への権限委譲（SSMの開発の主要因）は、引き続き地方公務員が提供するように命じられている保健医療サービスの質を追求する機会であり、地方自治体に保健医療サービスの供給を移転した地方自治体法規は、効率的で適切な品質の地方保健医療システムを開発することを可能にする。保健省の技術指導の下、健康の質を促進するLGUが行う実施中のイニシアティブがある。他方では、QIHPの促進が強制されるし、保健省病院では品質改良の必要性を認識することが持続可能な活動のために必要である。もし組織のリーダーのみがQIHPの必要を感じている場合、リーダーが去れば、そのイニシアティブは持続しないかもしれない。立法と政策は、QIHPを開発し保持するための安定した圧力を与えるが、それが有効に働くためには立法や政策が周知されることが重要である。これらの政策が実施機関に与える強制力は、保健セクターのQIHPが保持されることを保証するのに十分と思われる。

現在、フィリピンの品質改善計画実施の環境は明るく、希望にあふれているが、過去数年のプログラムの成果は、遅く、不平等であるといえる。しかしながら、策定された政策及び計画された協調プロセスは、まだ結果（Outcome）には表れていない。より多くのリーダー及び保健医療の政策提案者が同調し、これらのプロセスと手順の実践、医療施設の改善のための適切な投資、質のプログラムの追跡と評価の実施を認識し、身に付ける必要がある。品質改善計画の評価は投入とプロセスが改善された結果として品質改善が生じたことを理解するために特に重大であり、次のサイクルへの教訓をもたらすであろう。

３－５　バングラデシュ

バングラデシュ保健省では保健医療分野のサービス改善にかかる政策として、「サービスの品質保証（QA）」と「クリニカル・ガバナンス（CG）のための戦略計画」を策定、実施中である。今回、その計画に携わっている保健省保健医療サービス総局のハサン氏（Dr. Hasan）に要点をまとめていただいた。バングラデシュにおける品質保証は1998年から開始されているが必ずしも効果を上げているとはいいがたい。現在は専門部局により積極的に実施されているが、まだその成果は表れていない。クリニカル・ガバナンスは現在構想段階であり、今後の実施が期待される。以下は、ハサン氏の報告概要である。資料編に同氏報告を添付したのであわせて参照されたい。

３－５－１　バングラデシュにおける品質保証プログラム

(1) 背景

品質保証プログラム（QAP）は、保健医療サービス総局の選任部長のリーダーシップの下、保健医療の品質を改善する支援活動として実施されており、すべてのレベルの保健医療サービスで質を維持するという保健省のコミットメントにおける重要課題である。保健・人口セクター・プログラム（Health and Population Sector Programme: HPSP）1998-2003の実施機関や、QAPは保健医療サービス総局長の下、品質保証室（Quality Assurance Cell: QAC）を形成し、すべてのレベル（社会、個人、NGO）の保健医療サービスの質保証を担っていた。その後、健康・栄養・人口セクター・プログラム(Health Nutrition and Population Sector Programme: HNPSP) 2003-2010（進行中のプログラム）では、QAPが保健医療サービス総局の選任部長の指揮の下で活動を継続するよう提案され、実施されているという違いがある。

(2) 現在の状況

バングラデシュで提供される保健医療の質は「あまり良くない」と一般に信じられている。また全国的なサービス供給調査（SDS-CIET調査）によると、政府によって提供される健康と家族計画のサービスの質は「良くない」と評価されており、具体的には、医薬品の不足、長い待ち時間、貧弱なサービス、スタッフの不適切な姿勢などが挙げられている。

世界銀行のプロジェクト評価ドキュメント（2003）では、保健医療サービスに関して「薬の不足、長い待ち時間、貧困層に対するサービス・プロバイダーの不適切な対応」などが繰り返し示されている。貧しい人々は、後援関係（パトロン）なしではよい診察を受けることができず、女性は後援者と資源へのアクセスが限られるため最も影響を受ける階層である。

2005年のプロジェクト評価文書（Project Appraisal Document: PAD）では、保健医療サービスと医薬品のための質的量的な規制を強化するための現実的で実行可能な戦略を開発する必要が批判的に指摘されている。

現在の状況分析から品質の基本的な問題は「医薬品の不足、あるいは貧弱な保健医療サービスの質、スタッフの姿勢・不適切な振る舞い、待ち時間、待合室の不十分な座席数、非常に短い診察時間、プライバシーへの未配慮、医者の患者への振る舞い（の悪さ）、サービス供給者による弱者への不適切な振る舞い、不潔、無秩序なサービス」などである。

保健省としては、優先課題として上記の改善を挙げているが、必ずしも機能しているとはいえない状態である。

(3) 品質保証プログラムの戦略と今後

品質保証は、戦略実行計画（Strategic Implementation Plan: SIP）に従って、実行基準、モニタリング基準、規則遵守のサービス及び品質管理手段を通じ、人々のニーズに適切で高品質な保健医療サービスを提供することに焦点を当てている。そしてサービス改善の結果、不適切な診療時間の改善、医師やサービス・プロバイダーによる不適切な態度などが改善されるよう、品質保証活動はジェンダー差別、女性に対する暴力、障害者、老人やHIV/AIDS感染者など社会から疎外を受けている人に対しても責任をもつように基準を盛り込み、計画される必要がある。

よって、品質保証プログラムは貧困者への保健政策、保健医療サービスの不平等の削減、コミュニティや利害関係者の参加の重要性の強調などに非常に敏感である必要があり、国レベル・地方レベルを含め、すべての保健医療政策における戦略課題への支援的な役割を果たす必要があると考えられている。

バングラデシュでは、現在のところ品質保証（QA）プログラムが適切に機能していないように思われる。ハサン氏は、①標準処理手順（Standard Operating Procedure: SOP）の実行、②連続的な資源動員、③適切なモニタリング及び評価が実施されれば、同プログラムが機能すると考えているようである。ハサン氏は本プログラムの実施者の一人であり、今後、上記の事項がスムーズに実施されるよう検討している。

3－5－2　クリニカル･ガバナンス

バングラデシュ保健省はクリニカル・ガバナンス委員会を設置し、国内の病院にクリニカル・ガバナンスの導入を計画している。具体的には、①臨床の有効性、②臨床監査及び研究、③患者及び世論の参加、④教育、開発、⑤臨床リスクの管理を目指している。特に、①臨床の有効性にかかる報告書の提出と提言作成、②患者及び世論の参加委員会の設置、③リスク管理小委員会の設置を重点分野として挙げている。

現在はまだ行動計画の検討段階であるが、ハサン氏は、①院内の周知の有効な手段の確保、②病院の資源の有効活用とスタッフの教育、③クリニカル･ガバナンスの全国展開を主な留意点と考えている。

3－6　ザンビア

JICAによる技術協力プロジェクトである「ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケア（PHC）プロジェクト・フェーズ２」では、保健センター（Health Center）の職員の能力向上の一環として５Sが実施された。今回、本プロジェクトの専門家として派遣された圓山専門家の報告に基づいて概略をまとめた。原文は資料編を参照のこと。

本プロジェクトは元来コミュニティ活動支援のためのプロジェクトであり、フェーズ２において、その上位行政機関である郡保健管理チームへの支援が加えられたが、その目的はあくまでコミュニティ活動への支援体制強化にあった。

ルサカ郡保健管理チームのカウンターパートとの協議の結果、問題点として、ザンビアでは郡レベルの戦略計画が存在しないため組織のビジョン、ミッションが明確でない。さらにマネジメント能力が弱いので計画があっても事業をうまく遂行できない、などが挙げられた。

そこでプロジェクトは、ルサカ郡保健管理チームと協議の上、この２点の改善に集中的に取り組むこととし、初年度は政策決定能力強化（戦略計画共同策定、及びそれに引き続く既存の行動

計画策定支援)、次年度は職場改善運動（５Sの導入）に取り組むことになった。

実際、日本から専門家を招へいして、2004年６月から７月の２ヵ月の間に、ルサカ郡保健管理チーム、保健センター職員に対して計26回の小グループセミナーを実施した。その結果、外来受付の混雑解消が６保健センター共通の課題として挙げられ、カルテの整理を行った結果、１日当たり４時間の時間の節約ができた。

３－６－１　背景

まず圓山専門家はザンビアのプライマリ・ヘルスケアの現状をSWOT分析[50]しており、「強み」として「保健省の地域医療推進への積極的な関与、ボトムアップによる保健計画の策定、郡レベルにおける計画策定を行うチームの確立」を、「弱み」として「保健計画の活動に具体性がない、計画遅延や実行中止が多い、会計システムの脆弱性、ボトムアップによる時間の浪費、地域ビジョンがない、整理整頓するという概念がない」などを、「機会」として「2004年10月に世界銀行主導の下、３ヵ年予算計画を策定、2004年、重債務貧困国終了段階（HIPC（Heavily Indebted Poor Country）Completion Point）をクリアしたので保健、教育分野への資金増強が期待できる」などを、「脅威」として「健康指標が非常に悪い、ドナーへの依存、ボランティアに依存、資源（人的、物的）の絶対的不足」などを挙げている。

またザンビアの保健医療サービスの質に関する取り組みは、保健省内に1996年に中央保健審議会（Central Board of Health：CBoH）が発足し、CBoH内のモニタリング・評価局が品質保証プログラムを担っている。同プログラムでは保健医療サービスの標準化を通じた質保証を目指しているが、基礎的な薬剤や資機材が確保されていないため、現実にはほとんど機能していない。

保健センターレベルの質のチェックは、四半期ごとにチェックリストを基に実施されているが課題に対するフォローはされていない。

３－６－２　PHC プロジェクト・フェーズ２における５S導入

本プロジェクトでは、「ザンビアでは郡レベルの戦略計画が存在しないため組織のビジョン、ミッションが明確でなく、毎年同じことの繰り返しが多い上、成果が上がらない。さらにマネジメント能力が弱いので計画があっても事業をうまく遂行できない」という課題の改善に取り組むこととし、初年度は政策決定能力強化（戦略計画共同策定、及びそれに引き続く既存の行動計画策定支援)、次年度は職場改善運動（５Sの導入）に取り組むことになった。

そして日本からの専門家を招へいして、2004年６月から７月の２ヵ月の間に、ルサカ郡保健管理チーム、保健センター職員に対して計26回の小グループセミナーを実施した。各保健センターから平均４人の参加があった。保健センターごとにチームをつくり、保健センターごとに改善計画書を作成した。改善計画書は四半期ごとに見直しをした。

まず外来受付の混雑解消が６保健センター共通の課題であったため、この問題に取り組んだ。来訪頻度の多い当該年度カルテを受付の一番近くに配置するなどカルテの整理を行った結果、それまで一人のカルテを出すために２分から５分かかっていたのが、平均20秒程度で出せるようになった。どの保健センターも一日200～300人の外来患者が訪れるので、少なくとも１日当たり４時間の時間の節約ができた。これがきっかけで、事務的ファイルの整理、患者用保管庫の整理、薬のラベルを明確にする、床を定期的に磨く、外来患者受付前の庭に花を植える、など保健セン

[50] 現状分析のための手法の一種で、内部環境を強み（Strength）と弱み（Weakness)、外部環境を機会（Opportunity）と脅威（Threat）の視点で分析する。

ターで種々の取り組みが行われるようになった。

５Sはボトムアップの活動とはいえ、そのスムーズな導入・展開にはトップレベルからのコミットメントが欠かせない。ルサカ郡における５S導入のきっかけは、ルサカ郡保健管理チームのナンバー２、計画開発マネジャー（Manager Planning and Development: MPD）（医師）の弱体化した職員のマネジメント能力強化を図りたいという強い要望であった。ワークショップ開始後はワークショップを受講したルサカ郡保健管理チームのディレクターがその場で５Sに全面的に協力する旨、参加者の前で表明し、またルサカ郡保健管理チームの毎週の定例会において、全員で５S推進を進める旨、繰り返し説明したことは５S活動の浸透に非常に大きな力となった。

また全員参加が建前の５S活動では、５Sの周知は重要である。2,000人近くいるルサカ郡保健管理チームの全職員というわけにはいかなかったが、招へいした５S専門家が２ヵ月の間に計26回の５Sミニワークショップを開催し、その意義、実施方法などを丁寧に説明したのは大きかった。これによって、当地に５Sという言葉が浸透した。

さらにかなりの割合の職員が仕事熱心であったため、方法さえ示せば、５Sの意義をよく理解してあちこちに応用していったのも、５Sの受け入れが進んだ理由である。

こうみてくると、５Sの定着にはやはりトップからのコミットメント及び現場職員のやる気が相乗効果を生んでいることがわかる。裏返せば、５S推進にはここに留意し運動を展開していけばよい。

３－６－３　課題

上記のように同プロジェクトにおける５Sの導入は成功し大きな成果を生み出しているといえるが、圓山専門家はザンビアの保健医療サービスの質改善に関して以下のような課題を挙げている。

①質の追求より量拡大の必要性
②国家保健医療サービス品質計画（National Health Care Quality Plan）の必要性
③医療情報の未整備
④人材育成計画の未整備
⑤コミュニティ支援体制の脆弱性

要するに医療資源の絶対的不足と、課題への対応力の欠如といえよう。そのような状況における５Sは、保健医療分野の臨床的側面へのアプローチではなく、サポート業務へのアプローチであったことが成功の要因と考えられる。医療資源の不足に左右されない業務に対して、改善が目に見える形で示されたことにより、継続へのインセンティブが生まれたのではなかろうか。

４．調査結果のまとめ

本報告では、各国の事例を「背景・経緯」、「トリガーイベント（誘発要因）」、「成功要因」の３点から横断的に比較・分析した。「背景・経緯」とは当該国の保健医療分野に質改善が求められる背景や経緯であり、なぜTQMが求められるようになったかを抽出している。「トリガーイベント（誘発要因）」とは質改善活動を始めた「きっかけ」である。通常、現状を変化させるには突破口（Breakthrough）が必要であり、その突破口を誘引する事象がトリガーイベントである。「成功要因」とは質改善活動を成功に導く要因である。上記をまとめると表４－１のようになる。

事例分析を通じて保健医療分野におけるTQMの性質及び特徴を考察するには、各事例の表面的な事象の検証のみならず、その本質的な事象を検証する必要がある。TQMの構成は当該国の社会文化的・経済的背景や保健医療分野の発展段階、疾病構造などによって異なり、また「なぜTQMを実施しようとしたか」という動機によって発現の様式も異なる。さらにTQMの成功からは様々な教訓が得られる。それらの事象における共通項、差異を分析することにより、保健医療分野におけるTQMの導入を的確に実施するための要因を導くことができると考えられる。

４－１　背景・経緯

日本では米国で開発された統計的質管理手法（SQC）が日本の産業特性に合致するように、ボトムアップによる品質管理手法（QC手法）が開発され、広く産業界に伝播した。その基本は無理、無駄、むらをなくすことであり現場中心の小規模かつ即応型の品質管理手法である。その後、製造現場のみならず間接部門、営業部門を含めた全社的な品質管理の重要性が謳われ、総合的品

表４－１　調査結果のまとめ

	背景・経緯	トリガーイベント	成功要因
日本	製造業におけるQC手法 規制中心（政府・自主規制） 国立病院の独立行政法人化 受益者・国民意識（質に敏感）	重大な医療事故（1999年） 臨床指標、評価手法の開発	リーダーシップ 臨床目標と経営目標の融合 （第三者評価システム）
スリランカ	高い院内感染率 他産業におけるTQM 一病院の取り組み 全国展開へ	SLIDAの講座へのTQMの導入 ある医師の院長就任 他産業からの評価	リーダーシップ システム・アプローチ 自己完結型（できる範囲での挑戦）
タイ	急激な経済成長 通貨危機（1997年） 30バーツ政策 民間病院との競合（患者の民間病院への移行）	TQMパイロット・プロジェクト（1992年） ２人のリーダーの出現（HA-Thai、HNQA） 病院における労働負荷の増大	リーダーシップ プロセス・マネジメント ピアレビュー 失敗からの学び（段階的導入）
フィリピン	保健医療分野全体の品質管理 地方分権化 立法	必要性の認識 USAIDの支援 海外からの要求	リーダーシップ 海外からの支援 品質管理の受容性
バングラデシュ	QAの計画段階	（未発現）	（未発現）
ザンビア	脆弱なマネジメント	５Sのパイロット的導入	トップのコミットメント 身近な問題への取り組み （臨床的課題以外）

出所：筆者作成。

質管理（TQC→TQM）へと発展していった。TQCの概念は製品の品質のみならずサービスの品質管理も範疇としたことからサービス産業にも応用され、現在ではホテルや電力会社などでも採用されている。労働集約型サービス産業である医療業界においても、QC手法の有用性の観点から、1990年代初頭にTQCが病院に導入されたが根付かなかった。その後、1999年に発生した重大な医療事故の教訓から、リスク管理の必要性が謳われ、その手法としてTQMが見直されつつある。

また日本の保健医療システムの特徴として、政府の規制と医療者による自主規制のバランスが挙げられる。政府による診療報酬システムを通じた質改善への誘導と日本医師会などや各学会による専門医認定制度を通じた質の担保などが実施されている。ただしその試みは、臨床の質改善に対するアプローチであり、経営を含めた総合的な質改善に関しては、国立病院の独立行政法人化（2004年４月）以降、検討されるようになったところである。

スリランカでは公的医療機関職員のモチベーションの低さなどにより、高い院内感染率が問題となっていた。しかし保健省などでは保健医療サービスの質向上に関する政策的な取り組みは実施されていなかった。当初、キャッスルストリート女性病院における改善活動も保健省内では一病院の事例としての意味合いしかなく、それを政策として展開していくという考えはなかった。一方、TQMに関しては、1990年代初頭より、日本企業のスリランカへの進出があり、品質管理の一環としてTQMが導入されていた。そして日本同様、優秀な取り組みに対する表彰が行われるようになっていた。

タイでは急激な経済成長を背景に1990年代より民間病院が急増し、富裕層のみならず中間層までもサービスの悪い公立病院から民間病院への移行が進み、公立病院の収支は悪化した。この状況に対して、保健システム研究所（HSRI）は1992年よりTQMの公立病院への適応を検討し、1990年代にパイロット・プロジェクトを実施した。その後、タイにおける病院の質管理の動向は２つに分かれ、病院評価機構（HA-Thai）による「病院機能評価」と保健省医療サービス局による「病院ネットワーク品質監査（HNQA）」が実施されている。

フィリピンでは地方分権化に伴い、保健医療分野においても行政の権限委譲から行われることとなった。しかし、ただでさえ脆弱な保健医療サービスの供給体制を地方に移管することにより、品質の低下は免れないという認識が保健省にはあった。そのためには病院のみならず製剤、薬剤、医療従事者免許などのすべての関係者・機関に対する質の担保を行う必要があり、そのための立法的措置及び仕組みづくりが求められていた。

ザンビアでは現在、PHCの普及に関する技術協力プロジェクトが実施されているが、その遂行に際して相手国実施機関のマネジメント能力に課題があり、プロジェクト実施上の重大な障害となっていた。よって技術的な協力以前に、相手国実施機関のマネジメント能力向上を実施する必要に迫られていた。

４－２　トリガーイベントの分析

日本においてはQCの基本である「無理、無駄、むら」への挑戦という形でのTQMの発展はなかった。その背景として「医療の質＝高度な医療技術の提供」と考えられていたこと、医療報酬が出来高払いからくる無駄排除のインセンティブの欠如、業界の特異性の強調などが考えられる。しかし1999年に発生した医療事故以降のリスク管理そして安全管理の必要性、さらに患者満足は医療技術のみではないこと、出来高払いから包括払いへの移行などの環境の変化が、質管理の重

要性を誘引している。特に日本においてはリスク管理の側面から質管理の重要性が謳われるようになった。よって日本における質管理の目的は、いかに事故を未然に防ぐか、事故が起きない状況をどのようにつくるか、事故が発生した場合、どのように最小限の被害に抑えるかなどが特に強調されており、費用逓減や病院のアウトカム（院内死亡率や病床回転率、平均在院日数、外来患者数など）の向上はその結果として達成されるものと考えられている。また日本人の特性である「世界一品質に敏感」が根底にあるともいえる。日本の産業界はこの日本人の特性に支えられて世界で伸長してきたわけであるが、それが今までの医療界に働かなかったのは情報の非対称性によりサービスの質の情報を顧客が得られなかったことや、サービスの質を客観的に測れなかったことが大きい。現在は、セカンド・オピニオンやEBM、クリニカル・パスなどの導入により、顧客が保健医療サービスの質を客観的に認識できるようになった。そして前述の医療事故が引き金になり顧客側から保健医療サービスの質向上を求める圧力が高まったといえる。

スリランカでは1990年代初頭、日本から進出した企業が品質管理の一環として当地にTQMを導入したところ、スリランカの公的な研修機関である「スリランカ開発・経営院（SLIDA）」が自己の研修コースのコンテンツとして採用し、医療経営コースにおいてもTQMの講義が行われるようになった。そのコースの卒業生の一人が、ある公立病院の院長となった際、自院にTQMを導入し、院内死亡率の低下、職場環境の改善など劇的な効果をあげ、その活動が産業界（スリランカの産業界では既にTQMは普及しており日本同様、表彰も行われるようになっていた）から評価、表彰されるに至り、国として大々的に取り組むこととなった。

タイにおいてはまずは1990年代初頭、民間病院との競合という背景から公立病院のサービス向上の一環としてTQMが導入された。しかしQCの活動の一つである５S活動（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）としてフロントライン活動（病院の外観や待合室を清掃し、病人が訪問しやすい環境を整える）を実施したが、成功とはいえない結果となった。その要因としてはトップダウンで行われたため各病院のモチベーションが低かったこと、画一的な活動であったことから、地域や病院などに合わせたサービスの向上となっていなかったことなどが挙げられる。その後、数病院を選定し品質向上のパイロット・プロジェクトを実施した。内容は各病院の院長を中心として病院の状況に合わせてTQMを導入するものであった。このパイロット・プロジェクトを通じて得られた教訓は、質管理は各病院の状況に合わせて行う必要があること、一度に最高の状況を目指すのではなく徐々に改善していく方が挫折しないこと、ピアグループをつくることで挫折しない環境をつくれることなどが挙げられる。その教訓を基に病院機能評価、病院ネットワーク品質監査の仕組みが整備された。個々の病院のトリガーイベントをみると、公的医療保険の導入がきっかけとなっているようである。タクシン首相による「30バーツ政策」により患者数が増大したが、医療従事者は公的病院から民間病院及び海外へ流出しており、労働負荷の増大から業務の効率化を目指し、QC活動を始めているケースが多い。ただし単なる業務効率の改善ではなく、安全、コスト及び医療へのアクセスの３つのバランスを保つ必要性から総合的な質改善へと進んでいった。さらに「30バーツ政策」は今まで無料であった公的医療に対して少しでもお金を払うことにより患者の権利意識を目覚めさせたともいえる。実際、医療訴訟の件数は1998年の90件から2003年には251件に増加している。また医療立国（Medical Tourism）[51]を目指しているタイ政府の戦略も関係してくるであろう。国際的な医療市場で勝負できる保健医療サービスの質を担保することが求められるからである。

[51] 高レベルの医療サービスを低価格で提供することにより、海外から治療や療養を目的とした患者及びその家族を受け入れる政策。直訳すれば「医療観光」となるが、通常「医療立国」と訳されることが多い。

フィリピンでは1995年に施行された「医療保険法」において質保証（QA）の促進が謳われ、その後1998年にはフィリピン病院機能評価評議会（PCAHO）の設立、1999年のUSAIDの支援を受けた質保証プログラム（SSM）など中央（保健省）が、地方分権化に伴う各州保健行政の取り組みをサポートしている。このような取り組みは保健省が危惧していた保健医療サービスの質低下が実際に発生したことへの対処として開始されており、また日本をはじめUSAIDなどの支援が適時に得られたことにより事業化することができた。また海外労働者に対して雇用先から、健常者としての認定を信頼できる医療機関で実施してほしいという要望が寄せられたことに伴い、法整備及び認定制度の整備につながっていったといえよう。

ザンビアでは現在実施されている技術協力プロジェクトの相手国実施機関のマネジメント能力に課題があり、その改善が望まれていた。その改善の一環として５S活動が取り上げられたことにより、短期専門家が招へいされ、ワークショップが開催された。

４－３　成功要因の分析

日本の場合、リスク管理の観点からTQMが見直された現状があるが、これはバランス・スコアカードなどで表されるように、組織、特に公的機関には収益のみならず、顧客や環境など様々な目的があることが認知されたことによる。つまり病院サービスの改善が収益以外の、病院のビジョンと結びつくということが認識され、TQMの有意性が再認識されることとなった。

スリランカの場合、カランダゴダ院長のいうとおり、まずシステム改善から入り、それから人材開発そしてマネジメントと入っていく形が良かったと考えられる。つまりいきなり人材開発から入ってしまうと、環境は同じであるため、サラリーの観点からの頭脳流出が起こる可能性が高い。ところがシステム、つまり環境改善から入れば、サービスが向上する＝職員個々のスキルアップではないため、頭脳流出は起こりにくい持続性が高いシステムとなる。その後、人材開発を行っても、よい職場で働きたいというインセンティブが働くので、頭脳流出が起こりにくい。ただし、これはキャッスルストリート女性病院のように、少数の病院のみが成功した場合にのみ当てはまる。

タイの場合、フロントライン改善は10年前に行われた。しかしすべての公立病院で行われたため目に見える形での質改善にはつながらなかった。つまりシステム改善のアプローチは少数の病院改善から広げていく場合に適しており、全体的なシステム改善を目指すには、ガイドラインを基に各病院が自分たちの置かれている状況（Context）に合わせたシステムの構築により進めていくのが望ましいと思われる。要するに、各病院の特徴（Uniqueness）がなければ継続的な活動には結びつかないのではないだろうか。またタイの場合は、スリランカのような活動（フロントラインの改善、５Sの実施など）は、既に通過しており（もちろんサオハイ病院のように、５Sから入った病院もある）、人質（じんしつ）開発もしくはマネジメント開発に入る素地が整っていたことが、HNQAや病院機能評価などの導入につながったと思われる。

またキャッスルストリート女性病院における５S活動の特徴は活動の原資を外部に求めず、現状の病院の負担できる範囲で実施した点である、また無駄を省くことによりコスト削減ができ、その削減分を改善活動の費用や職員へのインセンティブとして活用している。つまり、日本のQC活動の王道を進んでいるのである。また「患者の満足は職員の満足なくしてあり得ない」という考えの下、まず職場環境の改善に取り組み、職員の満足を通じた病院のアウトカム改善を達成している。これは職員の定着率の安定にも寄与している。つまり病院の一アウトカムの改善を

目的としているが、そのプロセスとして職員満足、患者満足の向上を行うという包括的な質改善活動をなっている。

フィリピンでは地方分権化に伴う保健行政の権限委譲から、医療の質を担保するために中央政府による質保証の仕組みづくりの重要性が高まり、立法という形での保証を試みている。また立法事項の実施を促進するための機関設置、ガイドラインの設定、研修などを通じたキャパシティ・ビルディングを行っている。具体的には医療保険病院としての認定、病院や製薬会社の設立時の認可要件という形で質を保障するプロセスが組み込まれている。そしてその認定や認可のバランスが良く、同国の病院や製薬会社などに受け入れやすかったことにより地方の保健ユニットあるいは保健センターの1,371（58%）は、SSMによる認証がされており、さらに660（48%）の施設はPHICによって認証されている。

ザンビアでは臨床分野の改善ではなく臨床以外の業務改善に取り組んでいる。それらは保健センター職員の共通の目に見える課題であり、改善が目に見える形で職員の利益となる事項である。

４－４　日本と各国の比較・分析

今回、取り上げた事例ではまず「背景・経緯」の多様性が挙げられるであろう。社会経済、文化的にはタイ、フィリピンはASEANの一員として類似した状況を有すると思われるが、TQMの背景・経緯は異なる。両国とも医療制度改革がその背景にあるが、タイは医療保険制度、フィリピンは地方分権化の影響が大きい。スリランカやザンビアでは国レベルの保健医療事情による影響ではなく、個別の問題意識が背景にある。日本は医療事故の顕在化という背景である。

トリガーイベントの特徴としては、保健医療分野における問題意識の顕在化がトリガーとなっているということは各国共通と思われる。ただし顕在化しただけでは発動せず、そこに先駆者がいて、初めて改善活動に結びついている。日本では保健医療分野へのTQMの導入に関して、東北大学の上原教授と練馬総合病院の飯田院長という２人の先駆者がいる。タイにおいても保健省のチャンヴィット氏、及びタイ病院評価機構のアヌワット所長という２人の先駆者がいる。そして、スリランカにはキャッスルストリート女性病院のカランダゴダ院長という先駆者がいる。ザンビアではJICAプロジェクトという外部からの介入が引き金となっているが、プロジェクト専門家が大きな役割を果たしていると思われる。

成功要因としては、「リーダーシップ」、「プロセス・マネジメント」、「システム・アプローチ」「ピアレビュー」が挙げられる。

「リーダーシップ」とは、成功には強いリーダーシップが必要ということである。リーダーシップがない環境では不可能ということではなく、リーダーシップを育てる環境が重要である。例えば一人に任せないこと、その育成のための仕組みを整備し、種子（Seed）をまき育てることが重要である。

「プロセス・マネジメント」とは、質改善を推進する者は目標を管理するのではなくそのプロセスを管理し、目標は各病院にその文脈に合わせて管理させるということである。推進者としての常設機関は、改善の手法や評価方法、教育・研修、インセンティブ、サポートなどは行うが、質改善そのものは各病院の責務であり、自己管理されるべきである。同様のことは病院内でも当てはまり、院長は改善のプロセスを管理するが各部門の目標は各部門が責任をもって達成すべきである。

「システム・アプローチと」は各人の能力を向上させるのではなく、病院の機能、システムを

改善していくということである。個人の能力向上が病院の質改善につながるためには病院にとどまりたいというインセンティブが必要であり、そのためにはまずは病院の機能改善が行われる必要がある。つまり自分の能力が発揮でき、それが正当に評価されるシステムを確保することが重要である。

「ピアレビュー」とは、１人、１組による改善活動ではなく、複数の同様なグループ活動を形成することにより、切磋琢磨を促すというものである。仲間、ライバルを通じたサポート、プレッシャーが改善活動を活性化し、挫折を減らし、新たなアイデアを創造する土壌となる。

強弱の差はあるものの、上記４項目は各事例の成功要因として作用しており、TQMを推進する上での主要因（コア・コンピタンス）といえよう。

また米国のNDPにおいても挙げられた教訓であるが、保健医療分野のTQMだからといって臨床や研究など、保健医療の技術的な領域からの導入を図るのではなく、マネジメントなど他産業と共通の業務から入ることが成功を容易にしているともいえよう。

ではTQMの実践を検討する場合、どのようなアプローチが適しているのであろうか。TQMを必要とした背景及びトリガーの差からみると、医療安全、安全管理などに関しては日本に一日の長があり、日本型アプローチが十分に参考になるし、データや資料なども豊富にそろうであろう。総合的な病院サービス改善のプロセス構築に関しては、タイの方が体系的に実施されており、タイのアプローチが十分に参考になる。病院サービスに質管理という概念を導入するという観点ではスリランカのアプローチが優れており、病院におけるサービスの質に関する概念のない国に対してはスリランカ型のアプローチの方が、導入しやすいであろう。フィリピンのアプローチは地方分権化された医療行政の中央政府による統制アプローチであり、地方分権化を推進している国にとっては参考になる点が多い。ザンビアのアプローチは質の概念を理解し実践するための導入としては大変参考になり、TQMの概念を導入するアプローチとして活用可能であろう。

ただし、今後求められる保健医療サービスの質を考える場合、上記の課題すべてを包含する必要があり、それこそが病院におけるTQMとして求められる事項であろう。よってアプローチとしては当該国の事情に合わせて上記を活用しながら、最終的には医療安全や病院経営などを含めた保健医療サービス及び国家的な保健医療サービスの質体系の確立などを包含する必要がある。

５．TQMによるキャパシティ・ビルディングの可能性

５－１　NIPHにおける保健医療の質管理に関する研修

国立保健医療科学院（NIPH）では、国立公衆衛生院及び国立医療・病院管理研究所の活動を継承して、JICAより集団研修の受け入れ事業を行っている。2006年３月現在、４コース（公衆衛生行政管理研修、南アフリカ共和国地域保健行政研修、病院管理技術とヘルスサービス・マネジメント研修、保健衛生政策向上セミナー）を実施している。

本調査では、途上国における病院へのTQMの適応を検討する一助として、筆者が主管する「病院管理技術とヘルスサービス・マネジメント研修」において、日本、タイ、スリランカの病院におけるTQMの経験をカリキュラムに盛り込み、受講者より意見を募った。

５－２　カリキュラムと特徴

「病院管理技術とヘルスサービス・マネジメント研修」は、病院院長などの施設の管理者及び保健医療行政において政策立案を担っている管理職向けの研修であり、1990年度（旧国立医療・病院管理研究所）より開始され、現在も継続中で、既に研修履修総数は44ヵ国、120人にのぼる（2006年３月現在）。研修の目的は、開発途上国でのヘルスケア運営システムを円滑に行う知識を養い、開発途上国における人々の健康状態の促進を図ることであり、研修での講義、ケーススタディ、グループディスカッションを通じて病院管理技術とヘルスマネジメントに関する一般的知識を習得することを目的としている。また「ケース・メソッド（Case-Method）、専門分野の交流（Inter-Professional）、トレーナーズ･トレーニング（TOT）、成人向け教育（Adult Education）」といったコンセプトをベースに講義を通じた知識の習得、ディスカッションを通じた知識の習熟、さらに個人研究を通じた知識の広がりを通じて実践的な知識を身に付けることを目指している。

本研修では例年、医療の質というものをベースにした研修コンポーネントを計画しており、「病院におけるTQM」という講義を設けている。さらに2004年度は、本調査で対象としたスリランカのカランダゴダ院長を招き、「スリランカの病院におけるTQMの経験」を講義していただいた。しかし受講者からの評価はあまり高くなく、既知の事項ということであった。そこで2005年度の本研修コースでは、経験のみならず、どのように実践に結びつけるかということを強調することとし、前年のスリランカに加えてタイの取り組み及び日本の医療安全をコンポーネントに加えることとした。

５－３　受講者の意見

各講義は2006年１月26日（医療安全と質）、２月２日（タイの医療の質改善）、２月６日（スリランカの医療の質改善）に実施された。また例年通り「病院におけるTQM」の講義を実施した（２月６日）。受講者の感想は、前年度の受講者の感想と異なり、大変有意義であったということであった。また各国での適用に関しては、当然、そのままの導入はできず改良が必要ではあるがそのコンセプトと必要なプロセスは理解できたので、適用可能という回答であった。特に南アフリカ共和国及びフィリピンの受講者が、スリランカの経験が有意義であると回答していることが印象的であった。ただし「タイの医療の質改善」に関してはデータのみで事例が少なかったとい

う意見もあった。研修としては分野や内容を絞るより、医療の質として包括的に取り扱ったことが、受講者の関心が高くなった要因と思われる。

また個人研究においても医療の質に関するテーマが多く取り上げられ（９人中４人)、受講者の関心の高さがうかがわれた。特に医療の質を扱った個人研究では具体的なアクションプランが策定され、本研修終了後、実施する方向で検討しているということであり、より実践的な知識が得られたといえよう。特に複数の事例（スリランカ、タイ、日本)、多数のテーマ（業務改善、経営改善、医療安全）を包括的に学んだことが受講者に質の重要性が浸透した要因といえるかもしれない。

このように医療の質の改善に関しては、各国とも切実なテーマであり、実践的な知識が実施に結びつくことが求められているといえよう。また国や、医療制度、疾病構造と関係なく適用可能な技術であり知識であるといえよう。

６．JICA事業とTQM

６－１　途上国の保健医療分野へのTQMの導入

前述のようにTQMは病院の規模や、機能、内容、保健医療分野の発展段階、保健医療制度に関係なく必要であり、適用可能である。重要なことは「現場主義」で行うこと、そして適応対象の状況に合わせて設計を行うことであろう。そのためには、背景・経緯、トリガー（イベント）、リーダーシップ、リソース、情報（リスクを含む）をしっかり押さえる必要があり、それに合わせた検討が重要である。背景･経緯、トリガーに関しては前述のとおりで、リーダーシップ、リソース、情報が成功を導くための資源、要因である。つまり背景・経緯とトリガーにより、成功要因が異なることから、現状のリソース、情報を把握するとともに、適正なリーダーシップにより実施する必要がある。

改善のプロセスも同じであり、様々な課題を総合的に考えなければ病院サービスの質が向上しないのは前述のとおりである。しかし、置かれている状況（Context）によって課題の優先度が異なるのは当たり前であり、それは同じ途上国の間でも同一とは限らない。これはタイの事例、保健省主導による画一的なフロントライン活動の失敗に表れている。画一的な活動とアウトプット、アウトカムの設定は、各病院の現状との乖離があり、さらに実施者のモチベーション高揚にも効果がなかった。

TQMの適用にはプロセス・マネジメントが重要となる。TQMにおけるプロセスの提示とは活動ステップや活動内容の提示ではない。活動内容をどのように決定するか、そのために必要な資源、情報をどのように抽出するか、制約要因の同定をどのように行うかということである。さらに、QCからTQMに移行するためには、そこから導き出される活動や目的の方向性が、トップが示した病院サービス改善のベクトルと合致する必要がある。理想的なプロセス・マネジメントの設定は、コンテクストに左右されないし、されてはいけないものであるが、それに至るまでの改善プロセスは前述のとおりコンテクストに合わせて設定される必要がある。

さらにシステム・マネジメントも重要である。一般に日本のODAは資金協力と技術協力に大別され、旧来の技術協力は主に個人の能力を高める（スキル･アップ）ために実施される場合が多かった。しかし多くの場合、技術習得後に民間企業に流れたり、海外に出稼ぎに行くなど、個の能力が組織や行政機関の向上に結びつかない場合が多い。特に病院では前述のように専門性が高く、個人主義の風潮がある職場なので、公的病院からの頭脳流出は日常茶飯事である[52]。このような状況では本来の目的である病院サービスの向上は困難である。TQMにおける改善のフォーカスは個人の行動や能力ではなく、システムを改善する、つまりエラーを起こす人を変えるのではなく、エラーを起こすシステムを変えていく必要があるということである。実際スリランカでの事例では、頭脳流出はほとんど起きていない。たとえ個人の能力が向上しても、それを生かせる環境・システムがなければ転職したいというインセンティブが働かないのである。つまり、近年、試行されているキャパシティ・ディベロップメントを目指す技術協力の一種として、その

[52] 逆に公的病院の方が頭脳流出しないという報告もある。例えば、日本では看護師の平均年齢は公的病院の方が一般的に高い。これはほかの公務員と待遇が同じ（勤続年数による昇給、産休など）であるためといわれている。またスリランカでは、公的病院の医療従事者の方が年金額が多いこと、長期休暇がとれることにより、退職者が少ないということであった。インドネシアでは公的組織にいないと公的情報が入手できないため、とどまるという。ただしスリランカもタイも公的施設に所属しながら、民間施設で働くことができるという理由もある。タイでは1997年の経済危機のときにかなりの医師が民間病院に流れたようである。

構成が検討される必要がある。

プロセス・マネジメント及びシステム・マネジメントはTQMの導入に限った課題ではないが、保健医療のように国や地域により、疾病構造、人口動態、制度、リソースが異なる分野においては特に重要となる。

６－２　プロジェクト型技術協力におけるTQM

病院におけるTQMの導入は旧来のプロジェクト型技術協力の形態には向かないと思われる。TQMの推進には強力なリーダーシップが重要であり、外部の人間による推進は必ずしも成功しない。つまり専門家を投入し技術を移転していく方式では、病院でTQMを推進することは困難と思われる。外部者のかかわりはあくまでも相談役程度なので、TQMの導入をプロジェクトとして実施するには相手国政府の責任者がプロジェクトマネジャーとして、権限を与えられる必要がある。実際、日本におけるTQCやTQMの導入に関して、外部の専門家が弊害になった例も見受けられる[53]。

６－３　研修事業におけるTQM

JICA東京国際センターによれば、JICAにおける研修事業は、現在、以下の４形態に類型化されている。

①人材育成型：個人の能力開発を中心とした研修
②人材育成普及型：個人のみならずその個人の所属先への知識の普及を目指した研修
③課題開発型：知識のみならず、その知識を生かして課題に取り組むことを目指した研修
④国際会議型：知識、及び情報の交流を目指した研修

上記分類から勘案すれば、現在、NIPHで実施されている「病院管理技術とヘルスサービス・マネジメント研修」は人材育成型の枠を出てはいないであろう。TQMを中心とした研修を検討した場合、「課題開発型」で求められる研修終了後の課題への介入は、対象国の背景、トリガーなどを十分に把握する必要があり、また受講者はリーダーシップを十分に発揮できる必要がある。その場合、募集前に、対象国の状況を把握し、選考時に受講者の立場を把握し、研修終了後にTQMに関するサポートを行うというシステムが確立されなければ課題の達成は困難であろう。

また研修受講者がTQMのリーダーとして行動することが求められるので「人材育成普及型」に当てはめるとTQMの普及となってしまうが、普及者にはファシリテーション能力が必要であり、それはリーダーとしての役割や知識とは異なるので、普及という形態にはなじまないであろう。

TQMを通じた病院の改善を実施するために必要と思われる協力内容は、病院におけるサービスの質に関する知識、方針･コンセプトの設定、分析、改善ツール、ピアレビューなどであり、支援対象機関のリーダーを勇気づけ、そして適宜、適切な助言を与えることが求められる。

TQMに関する研修を検討する際には、前述のようにプロセス・マネジメントとシステム・マネジメントをベースにしたコンポーネントとすることが重要である。そのためにはよい事例を見せることと、その背景となる理論を学ぶこと、ディスカッションを通じて理解度をあげること、

[53] 徳丸（1999）

ケースを用いて体験することなどが有効と思われる。また今後、海外からの受講者のみならず、日本からの受講者を受け入れ、日本の経験を踏まえたディスカッションをすることにより、コースワークに深みが出ると思われる。

今後、病院のサービスの質改善を進めるにあたっては、研修事業でいえば、「課題開発型」の研修にもっていくこと、さらにキャパシティ・ディベロップメント型の技術協力との融合を目指し、まず研修を通じてTQMを実践可能なリーダーを選出し、そのリーダーへのサポートとして技術協力（現地セミナーの実施や、リソースの提供など）を実施するという「プログラム型支援」が検討可能である。

その際、サポートのリーダーは本研修を同時に受けた日本人受講者であることが望ましい。例えば（財）結核予防会、結核研究所が実施している、エイズ・マネジメント研修や結核マネジメント研修などのJICA委託本邦研修では、海外からの受講者とともに日本人が参加し、その後の技術協力において専門家として派遣されている事例もある。

６－４　まとめ

JICAの事業として、病院の質改善を検討する場合、まずは研修事業の充実から始めることが望ましいと思われる。

ただし前述の、現在NIPHで実施されている「病院管理技術とヘルスサービス・マネジメント研修」における受講者の意識が示すように、質改善に関して、内容を絞って研修を実施するよりも、包括的な内容にする方が、質管理の重要性を認識しやすいと考えられる。ただし、どのような形の研修を実施するにしても、病院におけるTQMのリソースは日本のみでは賄いきれないので、様々な国との連携を視野に入れ検討することが望ましい。

最後に、病院の質改善は総合的に考えることが重要であり、例えば看護師の質改善のみを取り上げるにしても、病院の経営陣はじめ、様々な関係者がかかわる必要がある。と同時に看護師の質のみを改善しても病院の質は変わらない、ひいては患者満足は向上しないということを念頭に置き、最終的には総合的なアプローチが検討されることが求められるのではないだろうか。

そのアプローチに対して、JICAひいては日本がどのような協力が可能か検討する必要があり、相手国の主体性が求められる。逆に言えば、病院の質改善への支援は、まずは保健医療政策を主体的に検討できる国に対して実施することが望ましく、その成功体験を普及することが次段階として求められるであろう。

参考文献

青木保彦他（1998）『シックスシグマ　品質立国ニッポン復活の経営手法』ダイヤモンド社

朝日新聞総合研究センター（2002）『朝日総研レポート』朝日新聞社総合研究本部

飯田修平（2003）『医療における総合的質経営　練馬総合病院組織革新への挑戦』日科技連出版社

石川馨（1989）『品質管理入門　A編　第３版』日科技連出版社

石原勝吉（1990）『サービス産業の品質管理』日本規格協会

伊藤武志（2002）『バランスト・スコアカードによる戦略マネジメント』日本能率協会マネジメントセンター

伊藤嘉博他（2001）『バランスト・スコアカード　理論と導入』ダイヤモンド社

上原鳴夫他（2003）『医療の質マネジメントシステム－医療機関におけるISO9001の活用』（財）日本規格協会

狩野紀昭編（1990）『サービス産業のTQC　実践事例と成功へのアプローチ』日科技連出版社

川渕孝一（1993）『これからの医療マネジメント』医学書院

現場の問題解決シリーズ編集委員会編（1973）『能率を向上するには　現場の問題解決シリーズ第２巻』日科技連出版社

近藤克則・山本美智子（2005）「イギリスにおける医療の質評価の動向」『Journal of International Medicine』Vol.15 No.3、医学書院

社団法人日本医業コンサルタント協会編（2003）『新版　医業経営用語辞典』日本出版

新藤久和編著（2001）『設計的問題解決法』日科技連出版社

武井寿（1997）『解釈的マーケティング研究』白桃書房

TQM委員会編著（1998）『TQM21世紀の総合「質」経営』日科技連出版社

「特集　トータル・クオリティ・マネジメントを目指して支える組織作り」『看護管理』Vol.13 No.1、2003年１月、医学書院

「特集　医療現場を改善する力を育てる」『看護管理』Vol.14　No.1、2004年１月、医学書院

「特集　医療におけるナレッジマネジメント」『病院』63巻、2004年３月、医学書院

徳丸壮也（1999）『日本的経営の興亡　TQCはわれわれに何をもたらしたのか』ダイヤモンド社

長谷川敏彦（2000）「日本における診療ガイドラインの作成状況」『Journal of International Medicine』 Vol.10 No.1別冊、医学書院

福島繁（1985）『病院TQC導入と推進』産労総合研究所

牧潤二・飯田修平（2003）『QCに学ぶ「医療の質向上」活動の実践』医学芸術社

松原恭司郎（2000）『バランス・スコアカード経営』日刊工業新聞社

Berwick, D.M., Godfrey, A. B. and Roessner, J.（1990）*Curing Health Care*. Jossey-Bass Inc.（立原春雄・竹内百重訳／上原鳴夫監訳（2002）『キュアリング・ヘルスケア』中山書店）

Chambers, R.（2004）*Clinical Governance*.（吉永成恭他訳（2004）『クリニカルガバナンス』日本医療企画）

Currie, L., Morrell, C. and Scrivener, R.（2003）*Clinical Governance: an RCN Resource Guide*. Royal College of Nurse U. K.
（http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/ClinicalGovernance2003.pdf）

Department of Health（DOH）（2005）*Sentrong Sigla Program* Updates. Bureau of Local Health Development. August, 2005（unpublished）. Philippine.
Hary, M.（2000）*Six Sigma.*（ダイヤモンド・シックスシグマ研究会監訳（2000）『シックスシグマ・ブレイクスルー戦略』ダイヤモンド社）
Kaplan, R. and Norton, D.（2001）*The Strategy Focused Organization.* Harvard Business School Press.（櫻井通晴訳（2001）『キャプランとノートンの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社）
Kotler, P.（1996）*Marketing Management 7th edition.*（村田昭治監修（1996）『マーケティングマネジメント「第７版」』）
Link, A. N. and Scott, J. T.（2001）*Economic Evaluation of the Baldrige National Quality Program*（Planning Report 01-3）. NIST.
Quirino Memorial Medical Center（QMMC）（2004）Annual Accomplishment Report 2004（unpublished）. Philippine.
Relman, A. S.（1988）ニューイングランド医学誌
Starey, N.（2003）“ What is clinical governance? ” *Evidence-based medicine* Vol.1 No.12. Hayward Medical Communications.
WHO（2002）*A Framework to Assist Countries in the Development and Strengthening of National and District Health Plans and Programs in Reproductive Health: Suggestion for Program Manager.* WHO Geneva.
———（2003）*Quality and Accreditation in Health Care Services: a Global Review.* WHO Geneva.
———（2005）*Strengthening Management in Low Income Countries.*
WHO HEN（Health Evidence Network）（2003）*What are the Best Strategies for Ensuring Quality in Hospitals?* WHO Europe.
WHO/ILO（1998）*Guidance on Regulatory Assessment of HACCP.* WHO Geneva.

日本及びTQM全般に関するWebサイト（2005年８月～９月にかけてアクセス）

医療TQM実証プロジェクト（www.ndpjapan.org/）
医療の質奨励賞（日本科学技術連盟）（http://www.juse.or.jp/prize/iryou_1.html）
医療のTQM推進協議会 （www.tqm-health.gr.jp/）
英国保健省クリニカル・ガバナンスに関するWebサイト（2006年３月アクセス）
（http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/ClinicalGovernance/fs/en）
経営品質協議会／（財）社会経済生産性本部（http://www.jqac.com/）
総合的質管理の医療への適用事例と手法に関する研究
（http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum6/fo06_148.pdf）
日経メディカルオンライン　トピックス 2006.2.28（英国医療事情　連載第13回）森　臨太郎「診療ガバナンス（Clinical Governance）」（2006年３月アクセス）
（http://medwave2.nikkeibp.co.jp/wcs/leaf?CID=onair/medwave/mdps/423367）
練馬総合病院（www.nerima-hosp.or.jp/）
フリー百科事典『ウィキペディア（Wikipedia）』におけるTQMの定義（2006年３月アクセス）

（http://ja.wikipedia.org/wiki/TQM）
Business e-Coach by 1000ventures.com and Ten3 Logo
（http://www.1000ventures.com/business_guide/mgmt_kaizen_tqc_main.html）
Medical Hot Zone　No.1 Vol.513（2003年４月10日発行）
「医療の質的管理　国際的な視点が必要」
（上原鳴夫　東北大学大学院医学系研究科　社会医学講座国際保健学分野教授）
（http://www.yozemi.ac.jp/johoshi/03/journal/4/hotzone.html）
Simcoe County Mental Health CentreのCQI活動（TQM、CQIの定義に関する文献集（2006年３アクセス）（http://www.mhcva.on.ca/CQI/cqibibl.htm）
TQC Development Center（http://www.tqc.com.hk/index.htm）

スリランカの医療事情に関するWebサイト（2005年８月～９月にかけてアクセス）

Castle Street Hospital then and now
Rodrigo, J. Nalin *
Sri Lankan Family Physician, 1999, 22, 50-54
（http://www.medinet.lk/journals/slcgp/familyphysician/1999/castle-street-hospital.htm）
Creating ‘Toyotas’ in health service: Hospitals learn from industrial sector
（http://www.sundayobserver.lk/2004/01/11/fea24.html）
Institute of Policy Studies of Sri Lanka
Health Policy Programme
Research Note 1999（1）August 1999
（http://www.ips.lk/health/research/financinghealth/downloads/hpp_rn_slnha.pdf）

タイの医療事情に関するWebサイト（2005年８月～９月にかけてアクセス）

Development of Health Promoting Hospitals in Thailand
（http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN009705.pdf）
Health sector reform in Thailand: an update
（http://medinfo.psu.ac.th/smj2/164/smj9.html）
Implementing Accreditation in a Developing Country
Issues, Challenges and LessonsISQua2003QAP
（Diana Silimperi）and JCR（Anne Rooney）Facilitating
（http://www.urc-chs.com/pdf/isquaprez/AccreditationWrkshp.pdf）

執筆協力者

上原　鳴夫	東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野　教授
鈴木　修一	国立保健医療科学院政策科学部　協力研究員
圓山　誓信	ルサカ市プライマリ・ヘルスケアプロジェクト・フェーズ２　専門家
Dr. Hasan, Aminul	Medical Officer（Hospital & Clinics）/ Directorate General of Health Services, Ministry of Health, Republic of Bangladesh
Dr. Leizel, P. Lagrada	Chief Officer / Health Policy Development and Planning Bureau, Department of Health, Republic of Philippines 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　保健管理センター

資料編

はじめに
１．途上国における保健医療サービスの質管理に関する取り組みについて　上原鳴夫
２．ザンビアにおける５S活動　圓山誓信
３．Providing Quality Health Care in the Philippines: Basis and Lessons　Leizel, P. Lagrada
４．Quality Assurance and Clinical Governance on Bangladesh　Hasan, Aminul

はじめに

資料編は、各領域、各国の専門家の論文集である。

上原氏は、東北大学の国際保健学教授で、長年、医療の質の向上に関する研究と実践活動に取り組んでいる第一人者である。日本国内においては、先進的病院を巻き込んだNational Demonstration Projectを、そして開発途上国においては、アジアや中南米の多くの国々で活動を展開されている。本論文は、この報告書の最も中核的な論文となっている。

上原氏は筆者の高校時代の同窓であり、第２論文の筆者・圓山氏は筆者の大学時代の同級である。圓山氏が、ザンビアで医療の質向上プログラムをJICA専門家として実践、支援していたことを知って、驚きかつ喜んだ次第である。そこで、経験に基づいてアフリカでの現状を報告していただいた。

リーゼル氏はフィリピン保健省の行政官であり、現在日本に留学中で、医療の質向上を研究テーマとしている。そこで自国での調査を依頼した。土地勘にも優れ、フィリピンの現状を的確に総括していただいたと考えている。

ハサン氏は同じく、バングラデシュ保健省の行政官で、国立保健医療科学院の「病院管理研修」コースを2005年度修了した。自国での経験を基に、論文をまとめていただいた。

資料編はこれらの現場経験豊かな４人の研究者によって報告されたもので、開発途上国の医療の質向上を考えるにあたっては、理論的かつ実践的に極めて有用な資料となると考えられる。

長谷川敏彦

１．途上国における保健医療サービスの質管理に関する取り組みについて

東北大学大学院医学系研究科
国際保健学分野教授　上原鳴夫
（医療のTQM推進協議会代表幹事）

開発途上国、特に東南アジア諸国においては人口の高齢化や都市化とこれに伴う疾病構造の変化に伴って医療財源の確保と配分の見直しが進められ、公共保健医療サービスの役割や社会保障としてのサービス給付のあり方が問われるようになっている。一方で、公共保健医療サービスの質保証と改善は以前から課題としてあったが、一般に「質」＝高度医療、先進技術、という誤解が根強くあったために、また基本的な保健医療サービスが受けられない人々が多数存在するという現実のなかで、「質」よりも「アクセス」を重視した取り組みを優先し、「質」の問題にはあえて触れないというのが、これまでの習わしになっていたといえよう。

筆者は、1988～90年に行った途上国における臨床医療協力のあり方に関する研究の結論として、①保健医療における「質」の考え方の発想転換、②適正技術と適正技術戦略の開発または選択、③Target Populationの明確化、④地域保健医療システムとしての質と効率を追求すること、の重要性を強調した。これを実現する上で、日本の産業界で実績があり、顧客本位かつシステム志向の質改善を実現した「日本的品質管理」に学ぶものが多いとの認識から、その考え方とノウハウを保健医療に応用する方法、及び途上国の保健医療システムに適した手法の開発･評価を行い、実際に技術協力を進めるなかで、途上国の地域保健医療システムへの導入と普及の戦略について実証的に検討を進めてきた。

医療における（日本的品質管理を手本とした）改善活動は、日本では1980年ごろから病院QCサークル活動として、米国では1987年から「KAIZEN」、「CQI」、「TQM」などの名称で試みられるようになり、1990年代前半から欧州諸国にも普及した。1990年の時点では、途上国の保健医療の質について直視した取り組みは未形成で（後で述べるようにQCサークル活動は現地企業を通してアジアやメキシコなど一部の国で既に限定的に試みられていた）、当時のPAHO（WHOアメリカ地域事務局）で医療サービスを担当していたノバエス氏がAccreditationプログラムをラテンアメリカ諸国に立ち上げようと考えていたのに対し、私は途上国では「KAIZEN」のアプローチが適切と考えていたので、幾度か意見交換を行ったことがある。その後、PAHOは1990年代前半に病院認定評価プログラムの普及を始め、ラテンアメリカ各国で評価基準の策定が行われたが、質について理解する専門家が不在だったこともあって実用レベルには至らなかった。

（1）東南アジアにおける医療の質の取り組みと改善活動

1993年から1995年までJICA政策アドバイザー専門家としてインドネシア保健省計画局に出向した際に、計画局主催による全国ワークショップやセミナーの開催などを通じて保健医療の質管理の考え方の普及と活動の奨励に努め、1995年１月に、インドネシア保健省とASEAN事務局の共催によるASEAN・ワークショップ「地域保健医療の質管理」（JICAの研修協力スキームによる）を開催した（ASEAN Workshop Seminar on Quality Management of Health Services, Jan., 1995, Indonesia）。これは、当時６ヵ国だったASEANメンバー国の保健省行政官を対象とし、途上国の保健医療サービスの質をテーマとする公的会議としては、初めてのものである。参加各国、とりわけインドネシア、タイ、マレーシアはここで紹介した保健医療の改善活動に対して大きな

関心を表明し日本の支援を強く希望したが、日本の医療界や援助機関のなかで保健医療の改善活動とその意義がまだよく知られていなかったために、継続的な援助が実現しなかった。

同会議が開催される以前から、マレーシア*やインドネシアでは、1980年代の日本企業の進出に際してQCサークルの導入が行われ、一部では医療分野にも導入が試みられた。

しかし、日本企業の指導を受けた現地企業のコンサルタントが病院の指導にあたったため、「医療の質」に効果的に取り組めなかったこと、及び適切な指導が得られなかったために、熱心な活動の割に具体的な成果を上げられず、普及をみないまま次第に低調になっていった。活動を経験した人のなかには「QCサークル」にネガティブなイメージを記憶する人も少なくない。

一方欧米では、「KAIZEN」を「CQI」という名称で医療に普及させ、1990年代後半になって、徐々に、欧米（アジアではオーストラリア）から途上国にCQIを紹介する技術援助が行われるようになった。これはそれぞれの援助国で医療に活用したものを移転したため、QCサークルよりも医療の事例を使って教えられる利点があるが、参加や実証性という日本的品質管理の中核的な価値が忘れられ、また、援助コンサルタントが独自に修飾を加えるために、本来のものと違ってしまっている例もある。フィリピンでは、民間病院の経営幹部とコンサルタントのグループが中心になってQCサークルやTQMの普及を図っているが、正規の教育を受けた適切な指導者を欠き、またビジネスの性格が強かったために、公共サービスには浸透しなかった。

（2）参加型実証的質改善活動（EPQI）

そういったなかで、公共的な保健医療サービスに改善活動を導入・普及させるためには、①日本的品質管理、あるいは「KAIZEN」の考え方と手法を正しく理解し、②保健医療の固有技術を備え、③途上国の保健医療システムとこれを取り巻く環境をよく知る指導者の存在と、④金銭に依存しないインセンティブ・マネジメントの仕組みづくり、が重要であるとの認識に立ち、保健医療における「KAIZEN」の正しい考え方と手法を「EPQI」という名称で体系化し、アジアと中米諸国に普及させる活動を進めてきた。1999年に、WHOの協力の下、アジア６ヵ国を対象とするTOTコースを実施し、インドネシアでは受講生が中心になって病院QCサークル大会を開催するほか、ジャカルタ州で保健センターの改善活動を開始した。フィリピンでは医療保険公社の質管理プログラムを通して公共サービスの質管理の取り組みを進めている。2002年からJICAの要請により、中米８ヵ国の厚生労働省推薦者を対象とする「地域保健医療の質管理・指導者養成コース」を５年計画で実施している。EPQI中米ネットワークが形成され、それぞれの国で改善活動セミナーや改善プロジェクトを実施している。2006年度に最初の中米地域改善活動フォーラムが開催され、今後、毎年開催される計画である。

（3）QAマップ

医療における質の取り組みには様々なアプローチがあり、これらが1990年代前半から後半にかけて途上国にも伝えられるようになり、混同や混乱がみられていた。

1998年時点のこれらの普及状況を評価したのが、表A１－１である。

内容と名称が必ずしも一致しないこともまれではない（例えば、タイでは病院でTQMを普及

---

* マレーシアでは首相自らのイニシアティブで公共サービスの質改善の取り組みが奨励され、1985年に中央政府に質委員会を設立、QCサークルやNational Indicator Programが推進された。その後1990年代においても、CQI、TQM、ISO9000、HTA、Hospital Accreditation など、質にかかわる活動は何でも積極的に取り入れてきた。タイでは、1993年から質改善に関する３年間のパイロット・プロジェクトを実施し、これを踏まえて2000年までにすべての公立病院でTQMを実施するというQuality Hospital Policyを採択した。

させることを目指して、日本に技術協力を要請したが断られたため、オーストラリアのコンサルタントから指導を受けた。その結果、TQMと呼びながら内容はCQIで、それも不完全なものだった)。

表A１－１　アジア諸国におけるQAの取り組みのマッピング

	USA	Sweden	Malaysia	Indonesia	Thailand	Japan
Accreditation	(Accredit.)	(Med. Audit)	(Accredit.)	(Accredit.)	(Accredit.)	(Accredit.)
CQI	CQI	CQI (Value Compass)	Yes/No (QA/QI)	QA	CQI	Yes/No
QC Circle	No	Yes（TQM外）	Yes	Yes	Yes（TQM外）	Yes
Clinical Path	Yes	Yes（TQM）	Yes	No	No	Yes
EBM	Yes	Yes（TQM）	No	No	Yes/No	Yes/No
HTA	Yes	Yes	Yes	Yes/No	Yes	Yes/No
ISO 9000	No	Yes/No	Yes	No	No	Yes/No
MB Award	Yes	Yes	No	No	No	No
TQM	Yes/No	Yes	Yes	No	Yes/No	Yes/No

出所：筆者作成。

表A１－２　中米諸国におけるQAの取り組みのマッピング

公立病院（2005）		メキシコ	グアテマラ	ホンジュラス	エルサルバドル	ニカラグア	コスタリカ	パナマ	ドミニカ共和国
改善活動	TQM		2	1		1	4	1	2
	QCC/EPQI/KAIZEN	1	3	2	3	3	3	2	4
	EFQM	1		2	3	1			1
	CQI/QA	2	1	2	3	3	1	2	
診療指針標準化	EBM	3	2		2	3	3		
医療安全	Patient Safety	2				2	3	1	1
病院認定評価	Accreditation	3	2	1		3	4		3

	なし
1	少し（＜1％）
2＆3	1％−50%
4	＞50%

保健センター（2005）		メキシコ	グアテマラ	ホンジュラス	エルサルバドル	ニカラグア	コスタリカ	パナマ	ドミニカ共和国
改善活動	TQM		1	1		2			1
	QCC/EPQI/KAIZEN	1		2	2	4	1	2	2
	EFQM		2	2	3	4			
	CQI/QA	2	3	2	3	4	2	2	
診療指針標準化	EBM	2			1	2	1		
医療安全	Patient Safety					2	1		

	なし
1	少し（＜1％）
2＆3	1％−50%
4	＞50%

出所：藤川・筆者作成（2005年)。

表A１－２は、中米における2005年時点の普及状況を評価したものである。中米の国々では産業界からのQCサークルのほか、米国やドイツ、米州開発銀行（Inter-American Development Bank: IDB）などがそれぞれの方法で改善活動を紹介し限定的な援助を行っていたが、コンサルタント主導だったこともあり低調になりかけていた。そこへ、日本の参加型で実証的なEPQIの系統的、戦略的な技術指導が行われるようになったことで、改善活動が再び活性化しつつある。

なお、1995年にASEAN会議を開催した時点では日本国内の取り組みが弱かったため、1996年から日本国内での改善活動の導入・普及に努め、1999年に医療のTQM推進協議会を設立して、毎年、「医療の改善活動」全国大会を開催するに至っている。フィリピン、インドネシア、中米各国から見学者が訪れ、今後、活動の交流を促進するとともに、協議会による技術支援の可能性も検討している。

表A１－３　途上国の保健医療質管理に関する国際会議及び研修コース

ワークショップ					
NO	開催年月日	名　　称	開催場所	主　　催	その他
1	1995年１月	ASEAN Workshop	ジャカルタ	インドネシア保健省 ASEAN事務局、JICA	ASEAN 6ヵ国
2	1999年８月	QCC Workshop	仙台市	東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野	フィリピン、インドネシア、タイ、マレーシア、スウェーデン、日本
3	1999年11月10日～19日	医療の質管理に関する指導者のための国際セミナー	仙台市	東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野	モンゴル、中国、カンボジア、マレーシア、フィリピン、インドネシア、日本
4	2002年11月５日～24日	Quality Improvement of District Health Services（中米地域特設：地域保健医療の質管理）	仙台市	東北大学、JICA	メキシコ、ドミニカ共和国、グアテマラ、ホンジュラス、エルサルバドル、ニカラグア、コスタリカ、パナマ
	2003年10月13日～11月22日	Quality Improvement of District Health Services（中米地域特設：地域保健医療の質管理）	仙台市	東北大学、JICA	同上
	2004年７月４日～８月15日	Quality Improvement of District Health Services（中米地域特設：地域保健医療の質管理）	仙台市	東北大学、JICA	同上
	2005年７月５日～８月12日	Quality Improvement of District Health Services（中米地域特設：地域保健医療の質管理）	仙台市	東北大学、JICA	同上
5	2004年７月９日	Workshop“ Current Initiatives on EPQI in Participants Countries ”	仙台市	東北大学	同上
	2005年７月18日	Workshop on EPQI for Health	仙台市	東北大学	同上
6	2004年１月28日～30日	Regional Workshop “ Evidence-based Participatory Quality Improvement（EPQI）” in Local Health Services	サンサルバドル	JICA, SISCA, MSPAS, University of Tohoku	メソアメリカからの参加者：26人、特別ゲスト18人（うち日本より７人）

表A１－４　途上国の質改善活動に関する学会発表

2001年10月７日	EPQI（参加型改善活動）の取り組み課題と成果について	第16回日本国際保健医療学会総会	上原鳴夫
2003年10月11日～12日	「ジャカルタ州保健センターにおける参加型改善活動推進員アンケート調査報告」	第44回日本熱帯医学会・第18回日本国際保健医療学会合同大会	村井真介、上原鳴夫
2003年11月２日	中米の医療の質改善取り組みの現状レビュー	第２回東北国際保健研究会	藤原奈実香、上原鳴夫
2004年７月23日	「ジャカルタ・アンチョール地区での死亡事例調査と課題－可避死のシステム要因分析にかかる予備的研究」	第53回東北公衆衛生学会	安井大策、上原鳴夫
2004年10月９日～10日	「フィリピン共和国のModified-FHSIS（地域保健サービス情報システム)の構造分析」	第19回日本国際保健医療学会総会	村井真介、上原鳴夫
2005年９月15日	医療の質管理に関する中米諸国の取り組みについて	第64回日本公衆衛生学会	藤川奈実香、上原鳴夫
2005年11月５日～６日	「保健情報システムにおけるデータの質に関する研究－フィリピン地域保健サービス情報システム（FHSIS）を例として－」	第20回日本国際保健医療学会総会	村井真介、上原鳴夫
2005年11月26日	地域特設研修コースを起点とする地域技術協力（Regional approach）の試み－中米地域を対象とする参加型実証的質改善活動（EPQI）の導入・普及支援について	第16回国際開発学会	藤川奈実香、上原鳴夫

２．ザンビアにおける５S活動

圓山　誓信

２－１　はじめに

この報告は、あるプロジェクトで導入した５S活動を通してヘルスケアのクオリティの問題を考察したものである。

ザンビアはアフリカ南部に位置し、国土面積は日本の約２倍、人口は1010万人（人口増加率2.1%）、73の部族から成る。人口の70%の国民が貧困層に属している重債務貧困国の一つである（１人当たりの所得320米ドル）。

本報告はルサカ市プライマリ・ヘルスケアプロジェクト・フェーズ２（PHC Project２）の組織マネジメント強化の一環として導入した５S活動を基に、パブリックセクターにおけるクオリティの問題を考察したものである。

ルサカ市PHCプロジェクトはザンビアの首都ルサカ市（人口120万）の１保健管轄地域を対象に、予防接種率向上、麻疹減少、下痢症低減に対する介入を通して５歳未満児の健康を向上させることを目的としたプロジェクトとして1997年に活動を開始した。この活動はルサカ郡保健管理チームにより高く評価され、2002年度から新たにフェーズ２として５ヵ年のプロジェクトとして継続された。フェーズ２においては、事業対象地域をフェーズ１の対象地域を含む計６保健センター管轄医地域に拡大し、これまでのコミュニティ活動を継続すること、及びその上位機関であるルサカ郡保健管理チーム（26保健センターを管轄）のコミュニティ活動に対する支援体制整備を行うことになった。

５Sはこの支援体制整備、特に職員のマネジメント能力向上のための一環として、公的機関としてはザンビアで初めて導入したものである。ここでの報告は、５Sを導入した2004年６月から2005年７月までのプロジェクト内の５S活動経験を基に若干の考察を加えたものであり、国全体を対象とした議論ではない。

２－２　語句の説明：５SとTotal Quality Management（TQM）

２－２－１　５S

５Sは無駄の排除を通してクオリティの向上を図ろうとする運動であり、今すぐできること、誰にもできることを意図している。そのため５S活動は見てすぐわかる表示を多用する。

５Sは実際の生産活動が行われている場である「現場」を大切にする。そのため５Sはボトムアップ活動といわれる。小さな取り組みから大きな成果を引き出すには持続的な取り組みが必要なことから、５Sあるいはもう少し広い意味（無理、無駄、むらの排除）を含む改善運動（KAIZEN）を米国ではContinuous Quality Improvement（CQI）と呼ぶようになった。

５Sでいう無駄とは、「商品（サービス）に価値を付加しない活動」と定義される。保健医療分野ではこれは、例えば、医師の診察を受ける前の長い待ち時間、患者のカルテを取り出す時間が長いなどはこれにあたる。院内感染、医療事故など患者、家族双方に余分な負担（無駄）をかけるものもここで扱い得る。

５Sでは無駄の排除を、整理、整頓、清掃、清潔、しつけの５つの活動を通して実現しようと

する。

２－２－２　TQM

良い品をより安く提供できれば、生産性（Productivity）が高いといわれる。商品に対する顧客の満足度は商品の売れ行きを左右し、売れ残りは原価価格に跳ね返り、コストを上げる。従って、顧客満足度は生産性の重要な指標になる。

また、製品は多数の部品から成り、それを支える種々の製造工程がある。そのため品質を問うとき、個別の部品のクオリティ以上に総合品質が問題となる。

TQMとは、顧客の満足度を高めるための製品に対する体系的アプローチの方法のことをいう。

２－２－３　５SとTQMとの関係

５SとTQMの関係は、上の例でいえば、個別品質と総合品質にあたる。総合品質が高いとは品質一定の部品が確保されているだけでなく、それぞれが「適切に」組み合わされた状態をいう。

保健医療分野でいえば、例えば、患者が病院に来て満足するのは、外来、受診、検査、薬受け取り、支払い完了の一連の病院業務がそれぞれ一定レベルの水準を備えるだけではなく、外来から受診への移行がスムーズであったとか、移行のための動線が短く、表示もわかりやすいといった、部門間の連携を含むシステムの完成度に依存する。そのため、TQMの構築には高度な仕組みづくりが必要である。

TQMは組織全体の目的（顧客満足）に深くかかわっているが、５Sは個別部局の目的を達成しようとする（部分最適化）。５S活動はTQMのなかで再調整されて、初めて全体と有機的に結びつく。

２－３　背景

２－３－１　現状分析

(1) Strength

①PHC Project２のカウンターパートはルサカ郡保健管理チームの計画開発マネジャー（Manager Planning and Development: MPD）（ディレクターに次ぐナンバー２の地位、医師）であり、地域医療推進に非常に熱心である。また国の保健事業実施機関（Central Board of Health）にいた経験をもつ、保健政策に関心の深い医師がいて、MPDと当医師がルサカ郡保健戦略計画をはじめPHC Project Output４の活動すべてに積極的にかかわった。

②ザンビアでは保健改革（1996年）以来、保健省、郡保健管理チーム、各保健センターが年度ごとに保健計画（アクションプラン）を作成する。アクションプランは下からの積み上げ方式によるActivity Based Planning/Costingである。この方式では、アクションプランを策定し、予算計上しなければ予算は下りないため、保健センター、コミュニティは計画策定の重要性を十分認識している。

③郡保健管理局及び保健センターにはPlanning Core Teamが存在し、このチームの下、計画策定を行うシステムが確立している。

(2) Weakness

①保健センターのアクションプランは予算表といえるもので、活動の具体的記述がない（少ない）。

②アクションプランが机上の空論化しやすい。現金会計的要素が強く、現金が入ったときのみ予算を下ろすことが頻繁にある。そのため、計画遅延や実行中止の事業が多い。

③各保健センターはセンターの年間収支を把握していない。アクション計画に記載された計上額よりはるかに少ない額しか下りてこない上、その時期も不明なことが多く、収支をきっちり把握しなければならないというモチベーションがない。会計監査システムがない。保健センターが経費を執行する際は、その都度、保健センターからルサカ郡保健管理局に対して文書で請求する。保健センターではその請求書、受領書などの管理が悪く、領収書の閲覧を依頼した６保健所（JICAのPHC プロジェクトが関係する６保健センター）で、領収書がおおかたそろったのは１ヵ所だけであった。

④プランニングに費やす時間が無駄になりやすい。下からの積み上げ予算というプラスの部分は同時にマイナスにも転化しやすい。特に計画に実効性が少ない場合にこれが当てはまる。アクションプラン策定のための計画期間は長く、各種通達、ワークショップ、フィードバックミーティングなどに、郡レベルだけで毎年２～３ヵ月の期間を費やす（2005年度は６月末～８月末）。

⑤中期ビジョンがない。アクションプランは単年度の計画であるため、３～５年をターゲットとした中長期の視点の記述が極端に少ない。そのため、毎年同じ計画が何の脈絡もなく繰り返される。

⑥モニタリングと評価システムが機能していない。

⑦車両のメンテナンスが悪いため、輸送手段が不足し、サービスが提供できない。

⑧業務副担当がいない。ルサカ郡保健管理チームは大きく計画開発課と総務課に分かれ、計画開発課は８係、総務課には６係がある。計画開発課のそれぞれの係の担当は１～２人である。１人しかいない係は担当者が不在になれば業務は停止する。

⑨組織レベルの整理整頓の概念がなく、不要物が山積するなかで仕事をしている。

(3) Opportunity

①世界銀行指導の下、財政支援の見返りにザンビア政府は、Medium Term Expenditure Framework（MTEF）に基づく３ヵ年予算計画を初めて作成した（2004年10月）。これは中期の財政支出戦略計画ともいうべきもので、中長期の展望に基づき財政支出戦略を表明したもの。

②HIPC Completion Pointをクリアした（2004年）ため、保健、教育分野への資金増強が期待できる。

③HIPC Completion Pointをクリアしたことを受けて、貧困削減戦略文書（Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP）の後継政策文書としてNational Development Plan（NDP）を国、州、郡の各レベルで作成することが決定された。これは、単年度ごとのアクションプランを方向付ける中長期計画の本格的立ち上げである。

(4) Threat

①健康指標が非常に悪い。疾病構造ではHIV/AIDS やマラリアや結核のほかに、急性呼吸器感染症、下痢症、赤痢やチフス、貧血などが疾患の上位を占めており、典型的な途上国型疾

病構造である。貧困と栄養失調、貧困と感染症への罹患が悪循環を生み出している。
②ルサカ郡保健管理チームの事業予算の９割近くを外国の支援に頼っている。
③コミュニティ活動の大半はボランティアに依存し、ザンビアの保健サービスはそれを当てにせざるを得ないシステムである。ザンビアの保健サービスは、郡保健管理局、保健センター、コミュニティによって提供される。ここで郡保健管理局、保健センターは公的機関であるが、コミュニティはボランティアである。地域に出掛けて事業を行うアウトリーチ活動はほとんどこのボランティアに依存する。
④スタッフの絶対数不足、建物、機器の老朽化、メンテナンスの不備などによる効率的効果的運用が低下している。

２－３－２　ザンビアのこれまでのクオリティに対する取り組み

ザンビアでは1991年に保健改革が始まり、1993年には、保健省のReform Implementation Team内にQuality Assurance Unit（QA Unit）を設け、Quality Assurance Program（QAP）を実施してきた。1996年に、中央保健審議会（CBoH）ができてから、この機能はCBoH内のモニタリング・評価局が担っている。

当初よりQA Unitは標準化（疾患別治療ガイドライン、IMCI、Integrated Technical Guideline for Frontline Workersなど）、指標設定、モニタリング基準に絞って評価を行っている。

一般にこのような治療の標準化、モニタリング及び評価は、基本薬や基本検査機器の確保、資格者の存在などある程度のインフラ基盤が確保された上で機能するものであるが、残念ながらこの種の整備には時間と費用がかかるため、手つかずのところも多い。従って、このような手段によるクオリティの確保は必要とはいえ、現実にはほとんど機能していない。さらにザンビアにはインフラ基盤を含む国のビジョン、戦略などを定めたNational QA Planがないため、長期的な視点に立ったクオリティ確保が困難になっている。

保健センターレベルの質のチェックは、四半期ごとにDistrict Integrated Logistics Self Assessment Tool（DILSAT）と呼ばれるチェックリストを用いている。これはドナーが中心になって作成したものでカバーする範囲は広範かつ詳細であり、一通り終えるのに２時間程度要する。しかし、問題点の緻密なフォローアップはできていないために、次の四半期が来ても同じことの再確認に終わりやすい。

２－３－３　PHC Project２における５S導入の背景

本プロジェクトは元来コミュニティ活動支援のためのプロジェクトであり、フェーズ２において初めて、その上位行政機関である郡保健管理チームへの支援が加えられたが、その目的はあくまでコミュニティ活動の支援体制強化にあった。

ルサカ郡保健管理チームのカウンターパートとの協議の結果、問題点として、ザンビアでは郡レベルの戦略計画が存在しないため組織のビジョン、ミッションが明確でない。そのため単年度ごとに策定されるアクションプランに盛り込まれた内容はad hoc的な個所が多く、また毎年同じことの繰り返しが多い上、成果がみえない。さらに、マネジメント能力が弱いので計画があっても、事業をうまく遂行できないことが挙げられた。

そこで、ルサカ郡保健管理チームと協議の上、この２点の改善に集中的に取り組むこととし、初年度は政策決定能力強化（戦略計画共同策定、及びそれに引き続く既存の行動計画策定支援）、次年度は職場改善運動（５Sの導入）に取り組むことになった。

２－４　５S活動の実施

２－４－１　５S活動の内容

５S、特に整理・整頓・清掃を通じて、職場環境の環境改善を図り、臨床領域のQuality Assuranceプログラムのような取り組みはしない。

２－４－２　導入方法

日本からの専門家を招へいして、2004年６月から７月の２ヵ月の間に、ルサカ郡保健管理チーム、保健センター職員に対して計26回の小グループセミナーを実施した。各保健センターから平均４人の参加があった（セミナーの対象はルサカ郡保健管理チーム及び全保健センターであるが、実際の介入はプロジェクトが対象とする６保健センター管轄地域である）。各保健センターにチームをつくり、保健センターごとに改善計画書を作成した。改善計画書は四半期ごとに見直しを行った。

２－４－３　成果

外来受付の混雑解消は、６保健センター共通の課題であったため、まずこの問題に取り組んだ。来訪頻度の多い当該年度カルテを受付の一番近くに配置する、縦に並べてあるカルテ100冊ごとに紙の厚い仕切りを入れる。100冊ごとに番号を付け、カルテを見つけやすくする。床に並べてある古いカルテ（５～10年前のカルテが段ボール箱に入れたまま床に放置されている）は規定の保管室に運び込む。

この結果、それまで一人のカルテを出すために２分から５分かかっていたのが、平均20秒程度で出せるようになった。どの保健センターも１日200～300人の外来患者が訪れるので、少なくとも１日当たり４時間の節約ができた。

これがきっかけで、事務的ファイルの整理、患者用保管庫の整理、薬のラベルを明確にする（患者に与える薬は手作りの袋に入れて渡す）、床を定期的に磨く、外来患者受付前の庭に花を植えるなど、保健センターで種々の取り組みが行われるようになった。

一保健センターは、外来整備、庭園整備、病棟救急薬のチェック表作成及びチェックの励行、事務所の書類の整理整頓など一連の作業を１ヵ月の間に済ませた。

２－４－４　考察

ザンビアの公的機関で５S活動を取り入れたのは、ルサカ郡保健管理チームが初めてである。現在、プロジェクト傘下の６保健センターでは、①５S月例会、②大掃除デー（Big Clean-Up Days）、それに③Our Lady’s Hospice見学会などを実施しながら５Sを継続している。

５Sはボトムアップの活動とはいえ、そのスムーズな導入・展開にはトップレベルからのコミットメントが欠かせない。ルサカ郡における５S導入のきっかけは、ルサカ郡保健管理チームのナンバー２であるMPDの弱体化した職員のマネジメント能力強化を図りたいという強い要望であった。MPDは、それまで毎年担当してきたアクションプランの計画と実施内容の相違が大きく計画策定の意味が薄らいでいること、またこの大きな原因の一つに、職員のマネジメント能力の不足があると考えていた。ワークショップ開始後は、ワークショップを受講したルサカ郡保健管理チームのディレクターがその場で５Sに全面的に協力する旨を皆の前で表明し、またルサカ郡保健管理チームの毎週の定例会において、皆で５S推進を進めることを、繰り返し説明したこ

とは５S活動の浸透に非常に大きな力となった。

また全員参加が建前の５S活動では、５Sの周知は重要である。2,000人近くいるルサカ郡保健管理チームの全職員というわけにはいかなかったが、招へいした５S専門家が２ヵ月の間に計26回の５Sミニワークショップを開催し、その意義、実施方法などを丁寧に説明したことは効果が大きかった。これによって、当地に５Sという言葉が浸透したといえる。

さらにかなりの割合の職員が仕事熱心であったため、方法さえ示せば、５Sの意義をよく理解してあちこちに応用していったのも、５Sの受け入れが進んだ理由である。外来受付で年ごとに増える（ほとんど）使用しないカルテは、床の上に段ボール箱に入れて放置されていたが、これを片づけたらいかに広いスペースが生まれるか、いかに精神的ゆとりが生じて仕事が楽しくなるかなど説明しただけで、６保健所とも直ちに改善に取りかかったなどその一例である。

こうみてくると、５Sの定着にはやはりトップからのコミットメント及び現場職員のやる気が相乗効果を生んでいることがわかる。裏返せば、５Sを推進するためには、この点に留意し、運動を展開していけばよい。

２－４－５　課題

(1) 質より量の段階にある

一定の量的充足の後に質の問題が生じてくるが、ザンビアでは人・金・ものがなく、いまだに量的充足の段階にある。ルサカ郡保健管理チームの場合、人件費を除く事業予算の９割弱が外国からの支援による。また、別途医療機器など設備の支援を受けても、メンテナンスはザンビア側に任されるが、故障した部品が購入できないので新品同様の機器類が放置されたままである、といった事態が散見される。救急車を呼んでも来ればいい方で、来たとしても到着までに１時間以上かかる、来ない場合は代わりのタクシー代が払えないので放置されるなどの問題もある。

(2) National Health Care Quality Planがない

量的不足に加えて、既存施設・機器・マンパワーの運用も効率が悪い。クオリティ確保のための重点課題を設定して継続的に改善していく必要があろう。それには長期計画が必要となる。その際、重点取り組み課題を明確にし、具体的なプロセスも記述する必要がある。資金の確保も必須である。

現在、National Health Strategic Planがあるが、クオリティ確保のための具体的な方策が明確でない上に、網羅的に記載はされているそのほかの分野についても重点取り組み課題が設定されていないため、結局、机上の計画になっている。

(3) 情報システムが弱い

重点取り組み課題を明確にし、資源配分を適切に行い、クオリティを確保するには、医療情報、財務情報など適切な情報システムが必要である。データの信頼性の問題はついて回るが、基本的医療情報はそろっている。それに対して郡レベルのタイムリーな財務情報を集めるのは難しい。またクオリティの視点からは、外来混雑度、患者満足度などの情報が必要となるが、これらの情報は既存のシステムにはない。

(4) 計画的人材育成がない

適切な情報があっても、それを利用する人の判断が適切でなければ、クオリティの確保は難し

い。10年の空白の後、Human Resource Planを策定中であるが、これも量的充足が中心でクオリティの確保まで至らない可能性が高い。さらに、郡保健管理チームディレクターに権限が集中しているため、幹部会議も議論というより一方的にディレクターの意見に従うことになりやすく、討論を通じてのOJT的人材育成も難しい。

（5）コミュニティへの支援体制が弱い

ザンビアのような最貧途上国においては、医療の質とはPHCの質のことである。PHCは適切な指導があれば、コミュニティ内で担える部分が大きく、また経済的である。ところが現行システムでは、コミュニティ活動はボランティアに依存する部分が非常に大きく、行政府はわずかにアウトリーチプログラム（看護師による予防注射）に人を出している程度である。

参考文献

圓山誓信（2005）ルサカ市プライマリ・ヘルスケアプロジェクト・フェーズ２業務完了報告書（2005年８月18日）

Center for Human Service（2001）USAID.（www.qaproject.org/pubs/PDFs/zambbook2(1).pdf）

3. Providing Quality Health Care in the Philippines: Basis and Lessons

Leizel, P. Lagrada

3-1 Introduction

Quality in health care became a major focus in the health sector more than two decades ago and experts have struggled to define it in a concise, generalizable and interpretable manner. Different perspectives were considered, from the providers of care, to health care plans and insurance organizations, both private and public, to purchasers of health care like employers and labor unions and to the patients themselves[1]. However, quality of care must be defined in the light of the provider's technical standards and the patients' expectations[2]. Moreover, improving the quality should maximize the effectiveness and efficiency of the current system.

The problems in working conditions in developing countries can be overwhelming, which include insufficient number of personnel, lack of continuing education, poor physical facilities, and inadequate drugs and other medical supplies. In the countryside, poor road network and lack of communication hinder efficient referral system. Cold chain for vaccines is compromised by erratic supply of electricity. As a result, studies on quality of care in such settings are often discouraging[3].

However, there is a growing body of evidence that quality of care can take root and eventually flourish in developing countries, sometimes despite lack of human and material resources. Methods and processes may vary across developing countries but they echo the same goal of providing quality of care to the patients. Some of the interventions to improve the quality of care were so simple that they can provide lessons to the health care organizations in developed countries[4].

Developing countries around the world have joined the quality care bandwagon, for different reasons and through different mechanisms. Considering that they have similar constraints in providing quality health care, experiences and innovations when shared, prove to be an invaluable resource for them. Thus, it is important to document the experience of each country in designing and implementing its own quality improvement program.

Traditionally, the quality of heath services in the Philippines is ensured through the licensing procedures, both for the providers and the facilities. However, the requirements are often input-based and they lack the process and outcome dimensions of quality[5]. In the last few years however, ensuring quality health services had gone beyond the regulatory arena. Like other developing countries, the Philippine journey pursuing quality in health services is characterized by challenges and lessons that are worth sharing.

This study describes the development of the quality improvement program for the health sector in the Philippines, including identifying the event that triggered its development; identifies the factors that affect the successful implementation of the Philippine quality improvement program for health; highlights the

[1] Blumenthal (1996)
[2] Brown et al.
[3] Reerink et al. (1996)
[4] Berwick (2004)
[5] PHIC (2004a)

quality improvement program implemented in one public hospital; and, enumerates the lessons from implementing quality improvement in the Philippines.

(1) Methodology

Information and data were gathered from the following sources:

①Review of Documents: Relevant documents were reviewed, including legislation, Philippine DOH policies, and agency performance reports.

②Key Informant Interview: Agencies and offices that implement and promote quality programs were identified and key informants were interviewed using an open-ended interview tool (See Annex A for the list of the respondents).

③Quality improvement activities/processes were observed at the public hospital.

This descriptive study developed a chronological presentation of the development and implementation of the quality improvement program in the Philippines. The events that triggered the development of the quality improvement program were also identified. Performance reports of the appropriate agencies were analyzed in relation to their contribution to the implementation of the quality improvement program. A public hospital was selected to see how the quality improvement policy has been implemented.

(2) Results

Seven key informants who are engaged in promoting and implementing quality assurance and improvement programs were identified and interviewed. The list includes program managers, policy makers and implementers from the Department of Health (DOH) and Philippine Health Insurance Corporation (PHIC). Additional institutions outside the DOH that also contribute to the efforts to promote quality in health services were identified. These include the Philippine Society for Quality in Health Care (PCAHO) and the Philippine Council for Accreditation of Health Care Organizations (PSQua). Annex 1 shows the list of DOH and PHIC officials that have been interviewed for this study.

3-2 Historical Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines

Health service delivery in the Philippines has changed tremendously in the last 14 years. New legislations related to health and evolving health management practices contributed to the present health system in the Philippines. The DOH is mandated by law to ensure that accessible and quality health services are provided to the Filipino people. Through the years, the main policy instrument that the DOH used to ensure quality in health services was embedded in the licensing requirements for hospitals and other health facilities in the Philippines[6]. Although the policies for licensing of health facilities only look at the inputs for the provision of health services, the Bureau of Health Facilities and Services also encouraged facilities to establish their quality improvement programs.

In 1995, the National Health Insurance Law, the legislation that created the PHIC was passed. Under this law, health care providers are required to have ongoing quality assurance program as a prerequisite for accreditation. The Quality Assurance and Research Policy Development Group (QARPDG) of the PHIC is

[6] Interview with Dr. Beauty Palong-Palong

the office that is mandated to ensure that this provision of the law is being implemented. QARPDG is responsible for the development and enhancement of quality assurance programs, policies and guidelines for institutional and professional health care providers. In addition, it develops and continuously reviews health care standards, performance monitoring and evaluation systems, feedback and intervention mechanisms. This office also conducts utilization review, health technology and outcome assessments[7]. The mandate of QARPDG to ensure quality services in PHIC-accredited facilities is further operationalized through the development of the Benchbook on Performance Improvement of Health Services. This manual will be used as a yardstick for measuring and assessing the quality of health services provided by PHIC accredited facilities. This reference also strengthens the connection between the accreditation process of PHIC and the quality assurance health care. Thus, the Benchbook provided an updated list of standard and criteria that health providers can use for self-assessment before they apply for PHIC accreditation[8]. It also identified the following areas as the focus of PhilHealth Quality Standards for Health Care:

- Patient's Rights and Organizational Ethics
- Patient Care
- Leadership and Management
- Human Resource Management
- Information Management
- Safe Practice and Environment
- Performance Improvement

In 1996, a group of individuals representing professional societies, academic institutions and government agencies got together to establish the PSQua. This Society aims to 1) promote the quality assurance, quality improvement and quality management among the public and private providers of health care; 2) organize scientific meetings, workshops and seminars on quality in health care; 3) promote research on quality in health care in the health sector; and 4) collaborate with government agencies in establishing scientifically sound and practical rules in accreditation process of the health organizations. As of 2004, PSQua developed the "Essential Elements of Quality Assurance/Quality Management (QA/QM) in Hospitals in the Philippines," a guiding principle to promote quality in Philippine hospitals. The Society also formulated the Training Methodology in QA/QI (Quality Improvement) for health services, conducted more than 35 training workshops across the country, trained trainers on quality with the assistance of Asian Productivity Organization (APO), and conducted 81 QI study contests in which hospitals vie for the best innovation in health services[9].

In 1998 the PCAHO was organized to strengthen the regulation of hospitals[10]. PCAHO is a non-government non-profit independent accrediting and certifying body whose primary objective is to promote quality improvement in health care services through accreditation, education, training and research. Seven years after its establishment, PCAHO has conducted the Certification of Quality Standards System (QSS) of the majority of 150 medical clinics that examine Overseas Filipino Workers (OFW), as mandated by the DOH. In addition, the DOH also authorized PCAHO to certify the QSS of the Confirmatory Drug Testing

[7] PHIC
[8] PHIC (2004a)
[9] PSQua (2004)
[10] Interview with Dr. Beauty palong-Palong

Table A3-1 Sentrong Sigla Certified Facilities, 1999-2004

Facility	Total Number	Total Certified	% Accomplishment
Rural Health Units/Health Centers	2,385	1,375	58%
Barangay Health Stations	13,540	390	3%
Devolved Hospitals	631	97	15%

Source: DOH (2005)

Laboratories before the renewal of their accreditation. In addition, this organization also audited and evaluated 135 medical clinics but only certified 130 of those audited, conducted training of Quality Management Representatives (QMRs), clinic administrators and other clinic staff and provide educational assistance to medical clinics[11].

In the same year, the DOH also formulated the 5-year strategic plan on Quality Assurance Program (QAP) with the assistance from the Unite States Agency for International Development (USAID) . In 1999, this program was renamed and became popularly known as Sentrong Sigla (Centers of Vitality) Movement (SSM). Its goal was to establish partnership between the DOH and the Local Government Units (LGUs) in providing quality health services. The objectives of this program were to: i) institutionalize QAP through capacity building; ii) establish mechanisms to coordinate, support and monitor QA efforts; iii) develop and implement effective Information, Education and Communication (IEC) and advocacy campaign; and, iv) make clients active partners in health. There were 2 strategies identified to implement this program. The first strategy was the certification and recognition of public health facilities including district hospitals, rural health units, city health centers and Barangay Health Stations (village health stations) that have met the established criteria, and the second was capacity building to internalize Continuous Quality Improvement (CQI) of health services in these facilities. Table A3-1 shows the SSM accomplishment between 1999 and 2004.

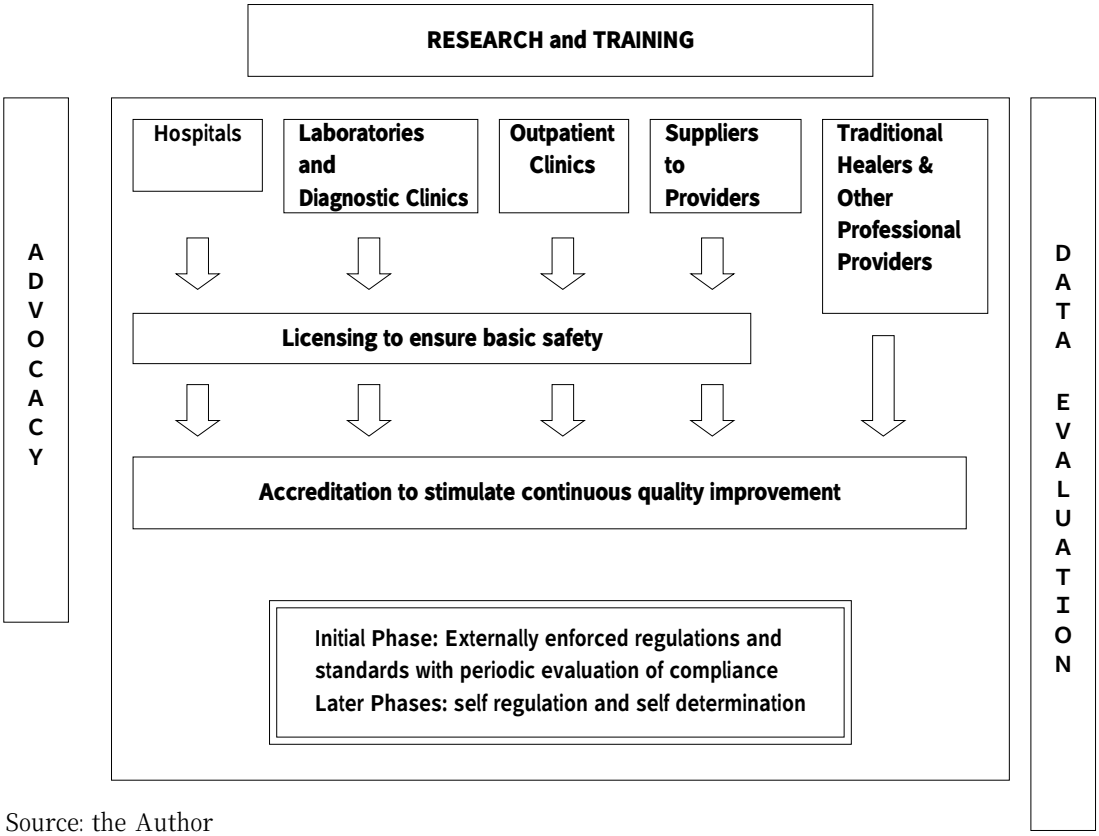
In 2001, the effort to raise the quality of health services was intensified leading to the expansion of quality efforts beyond the DOH-LGU interaction. At this point the quality efforts done outside the DOH-LGU interaction was acknowledged. The new and integrated Quality in Health Program (QIHP) included mandatory licensing by other offices of the DOH, the accreditation and payment mechanism of the PHIC, and other efforts to promote quality in health services done by professional societies, which was formulated through DOH Administrative Order 17-B series 2003. This program replaced the QAP and SSM and adopted 3 components that include; 1) mandatory licensing; 2) voluntary accreditation through PHIC and other professional associations; and, Sentrong Sigla (SS) Certification[12]. Figure A3-1 shows the Quality Framework under the QIHP.

Also in 2001, the DOH through the National Center for Health Facilities Development formulated the Department Order numbers 310-J s 2001 and 172-C s2003 which provided for the creation of the DOH Steering Committee and Technical Working Group for the establishment of CQI Program for health regulation cluster and DOH hospitals. The intent of these department orders was to promote continuous improvement on the quality of health care provided by the DOH hospitals.

Figure A3-2 shows the chronological development of policies and establishment of programs and

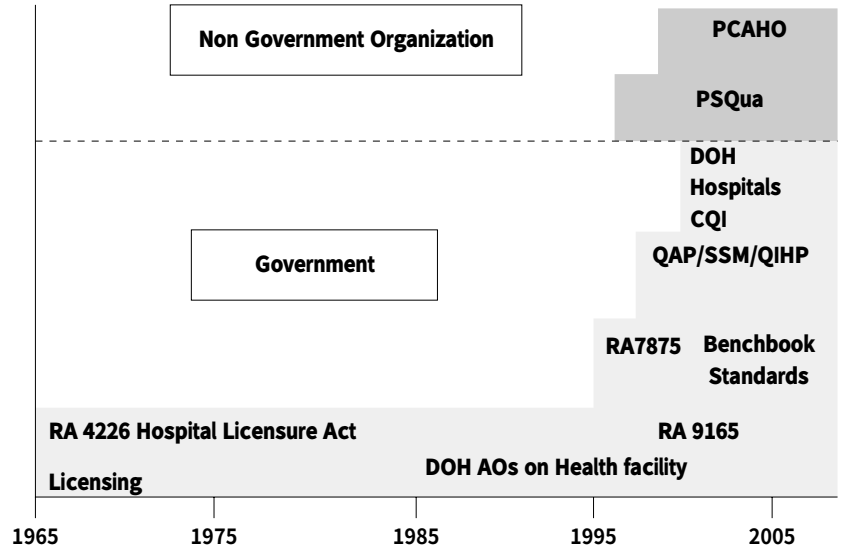
[11] PCAHO (2005)
[12] DOH (2003a)

Figure A3-1 Quality Framework of Quality in Health Program


RESEARCH and TRAINING
ADVOCACY
Hospitals
Laboratories and Diagnostic Clinics
Outpatient Clinics
Suppliers to Providers
Traditional Healers & Other Professional Providers
Licensing to ensure basic safety
Accreditation to stimulate continuous quality improvement
Initial Phase: Externally enforced regulations and standards with periodic evaluation of compliance
Later Phases: self regulation and self determination
DATA EVALUATION

Source: the Author

Figure A3-2 Chronological Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines



PCAHO: Philippine Council on Accreditation of Health Care Organizations
PSQua: Philippine Society for Quality in Health Care, Inc.
CQI: Continuous Quality Improvement
Quality Assurance Program (QAP) (1998) /Sentrong Sigla Movement (SSM) (1999)/ Quality in Health Program (QIHP) (2003)
Republic Act 7875: National Health Insurance Law, as amended
Republic Act 9165: Dangerous Drugs Act of 2002
Different Administrative Orders include AO 147 s2004, amended by AO 0029 s 2005

Source: the Author

Table A3-2 Summary of the Different Institutions/Organizations that Contribute to the Quality Improvement Efforts in the Philippines

	DOH BHFS	PHIC	SSM PHASE 2	DOH NCHFD	PSQua	PCAHO
Type of quality assurance/ improvement instrument	Licensing Some accreditation	Accreditation	Certification	—	—	Accreditation/ Certification
Nature of quality assurance/ improvement program	Mandatory	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary
Legal/ policy Basis (most recent amendment)	RA 4226 RA 9165 AO 0029 s2005	RA 7875	AO 17-B s2003	AO 172-C s2003	—	Authorization from DOH
Purpose of QA/QI instrument	Ensure safety Permit to operate Quality improvement	Participation to NHIP Quality improvement	Prerequisite for PHIC accreditation Quality Improvement	Quality Improvement	Quality Improvement	Requirement for DOH accreditation Quality improvement
Target facilities	**Licensing**: Hospitals and other health facilities (excluding medical and dental clinics, rural health units and Barangay Health Stations) **Accreditation**: drug testing laboratory, confirmatory drug testing laboratory, hospitals conducting kidney transplantation, OFW and Seafarer Medical Clinic	Hospitals, out-patient clinics including ambulatory surgical clinic, dialysis clinic, maternity clinic, anti-TB/DOTS centers, rural health units	Rural health units	DOH hospitals	Tertiary hospitals	Confirmatory drug testing laboratories, OFW and Seafarer medical clinics
References for QA/QI	AO 147 s2004, AO 0029s2005	PHIC Benchbook	Sentrong Sigla Quality Standards List	Department Order	Training Manual for QA/QI	Quality Standards Systems
Quality assurance/ improvement activities	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation, training and TA	Training Technical assistance	Training, TA, showcasing of QIactivities	Training, TA, accreditation, certification review

Source: the Author

organizations that implement and promote quality assurance and improvement programs in health services in the Philippines. However, this figure only focuses on the beginning of the implementation of the policies but not on the degree of their implementation/operationalization. For example, although the PHIC Benchbook was developed in 2003 and was published in 2004, this tool will only be used as basis for PHIC accreditation starting 2006[13].

Table A3-2 summarizes the characteristics of different offices that are mandated to operationalize the different policy instruments for quality assurance and quality improvement. The information included in the table is limited to what is currently being done but it does not include the future intention or plans of these offices. For example, SS certification also covered locally managed public hospitals and Barangay Health Stations in Phase 1 but in Phase 2 of SSM under QIHP, SS certification focuses on the rural health units.

On their own initiative and to increase their competitive advantage, hospitals and other health facilities sought accreditation with International Organization for Standardization (ISO), JCAHO and accreditation of other countries like Taiwan and Saudi Arabia. As of 2005, DOH listed 137 OFW medical clinics and hospitals accredited by PCAHO and ISO and one tertiary private hospital with JCAHO.

3-3 Factors that Trigger the Development of Quality Improvement Programs

The results of the interview of key informants showed that the factors that promote the development of the quality improvement efforts ranged from the effects of devolution to felt need by health care professionals for quality improvement program, and mandate provided by specific legislation. Review of documents revealed that there was one accreditation policy that was formulated as a result of adverse medical event. The following are the identified triggers for the development of quality improvement programs and other initiatives in the Philippines.

Devolution. The devolution of health services to the LGUs in 1992 was one of the identified trigger factors for the development of quality improvement program particularly for primary health facilities. Several studies report that after the health services were transferred to LGUs there was disintegration of preventive and curative health services thereby disrupting the referral chain. Moreover, the quality of health services deteriorated because of under-funding of health programs particularly preventive care, low morale of health workers, chronic lack of equipment, and low quality and unsteady supply of drugs at the local level[14]. This was the situation of the public health sector when the DOH sought technical assistance from the USAID to develop the QAP, which later became known as SSM[15]. Sentrong Sigla became the main quality improvement program that outlined the requirements that will ensure the quality of health services provided by the local health facilities.

Felt need. One of the triggers noted by the respondents was the need for quality improvement program in order to respond to their clients. This was especially true for the public hospital sector.

The DOH-retained hospitals developed their individual quality improvement program based on their own initiative, usually starting with the implementation of 5S program from Japan. Some of these quality programs are more advances than others (See Box A3-1). With different programs being developed, the

[13] Interview with Dr. Francisco Soria
[14] Lakshminarayanan (2003), Lieberman et al. (2005)
[15] Interview with Mr. Jose Basas

BoxA3-1 Quality Improvement Program in a Public Hospital

It was the clients' clamor for better health services that triggered the development of quality improvement program in Quirino Memorial Medical Center (QMMC). QMMC is a 350-bed tertiary hospital located in Quezon City, Metro Manila. The hospital management started implementing quality improvement activities in 2001 when they received many complaints from their clients despite the improvements in their facilities and manpower capability[16]. This kind of feedback coupled with the hospital management's desire to provide the best service possible led to the development of their quality improvement program. Their quality improvement activities include among others, compliance to updated clinical guidelines of specialty societies, hospital-wide discipline, infection control, and client feedback mechanism. They have established several management systems, which include internal control of their resources to prevent wastage and pilferage, proper monitoring of pharmacy including the price and quality of drugs and any occurrence of adverse drug reactions, infection control and hospital-wide discipline, among others.

One of the most visible continuous quality improvement mechanisms in the hospital is the client feedback mechanism, where the management distributes Patient Satisfaction Survey forms to their clients. The management also put up 15 suggestion boxes in strategic locations around the hospital, which they open once a month to see if there are any suggestions or comments that they need to act on. As of 2004, the hospital management received 34 official complaints and the Medical Center Chief verified 32 of them. The hospital-wide committee handled seventeen of these cases and 6 cases resulted to penalty to the employee concerned.

Source: QMMC (2004)

head of the hospital cluster felt the need for a template for quality program in DOH hospitals[17]. In order to address this, Department Order 310-J s2001 was developed to create the DOH steering committee and technical working group that will establish the continuous quality improvement program for the health regulation cluster and DOH hospitals. The rationale of this health department policy was to establish a set of standard measures and procedures that will serve as a benchmark for service performance in DOH-retained hospitals and regulatory offices under the DOH. Recently, another department order is being drafted to establish the CQI program in DOH hospitals with the following core components: committed leadership and participative management, continuous quality improvement activities, risk management, system of reporting and documentation and funding.

Another policy that was drafted based on need to improve the quality of health services is exemplified by the Rules and Regulations Governing the Accreditation of Hospitals Engaged in the Conduct of Kidney Transplantation. This DOH policy was developed when the staff of Renal Disease Control Program, upon analyzing their records between 2001 and 2002, found out that 23 cases of post transplant complications were referred by different hospitals to the National Kidney and Transplant Institute. This issue was further highlighted by the alarm raised by a foreign newspaper when they reported post-kidney transplantation mortality and cases of kidneys bought from the Philippines that did not match the recipient[18].

Another identified need was to strengthen the regulatory mechanism for hospitals, which led to the creation of the PCAHO[19]. Although originally created to provide accreditation to hospitals, PCAHO at present provides certification/ accreditation to medical clinics that provide services to overseas Filipino workers. PCAHO also fills the gap in this area since these clinics must be accredited first before international employers honor their medical certification. PSQua was likewise organized because of the

[16] Interview with Dr. Rosalinda Arandia
[17] Interview with Dr. Robert Enriquez
[18] DOH (2003a)
[19] Interview with Dr. Beauty Palong-Palong

growing need to support and institutionalize the quality improvement programs initiated by the health care providers.

Legislation. Republic Act 7875 (National Health Insurance Law) was the reason for the reason for the creation of Philippine Health Insurance Corporation and its various offices including the Quality Assurance Research and Policy Development Group. This office is mandated to operationalize Rule XVII of the Implementing Rules and Regulations (IRR) of RA 7875, which focuses on the quality assurance of health care providers. According to the IRR, the quality assurance program of PHIC shall; i) ensure that health care professionals of the accredited health institution possess the proper training and credentials to render quality health services to members of the National Health Insurance Program; ii) work towards the promotion of uniform health care standards throughout the country; and, iii) ensure appropriateness of medical procedures and administration of drugs and medicines consistent with generally accepted standards of medical practice and ethics[20].

PHIC operationalized these legal provisions through the implementation National Quality Assurance Program (NQAP). This program is applicable to all accredited providers of PHIC for the delivery of health services. The main focus of this quality assurance program is to establish a monitoring system that will safeguard against over- and under-utilization of services, unnecessary diagnostic and therapeutic interventions, irrational drug use, inappropriate referral practices, gross unjustified deviation from current practice guidelines and treatment protocols, and use of fake, adulterated or unregistered drugs. In order to ensure these safeguards, the NQAP has the following features: utilization review of the claims filed with PHIC, implementing the Rational Drug Use Program, adopting the Drug Price Reference Index as the basis for reimbursing drugs and medicines, updating of the Relative Value Scale for reimbursements and Philippine National Drug Formulary, and setting the standards for accreditation of health care organizations through the Benchbook on Quality Assurance[21].

3-4 Factors that Promote the Implementation of Quality Improvement Programs

At present, the quality assurance/ improvement programs and initiatives were at various stages of implementation. Respondents identified several factors that promote the implementation and sustainability of these quality initiatives.

Leadership. Respondents to the interview identified strong leadership as a significant factor in the implementation and institutionalization of various quality assurance and improvement programs. The former Undersecretary for Health, Dr. Susan Mercado, was instrumental in developing and promoting the SSM. Dr. Elvira Dayrit who pushed for a wider and more comprehensive Quality in Health Program further strengthened the momentum. In hospital and regulatory cluster, Undersecretary Margarita Galon pushed for a standardized quality improvement program for the DOH hospitals. In QMMC, Dr. Arandia is considered as the driving force in the improvement of health services provided by the hospital and a charismatic proponent of the quality improvement program in hospitals. In private sector, Dr. Maramba is seen as a strong advocate of quality improvement program in the country, as he is both an officer of PSQua and PCAHO.

[20] PHIC (2004b)
[21] PHIC (2003)

BoxA3-2 Some Technical Assistance to Improve Quality of Care from External Sources

Evidence-Based Participatory Quality Improvement (EPQI) System. In 2003, recognizing that the delivery of quality health care lies on a working district health system that is well-managed by local health executives and provided technical guidance by the DOH, PHIC introduced the EPQI system in the province of Benguet to test a quality improvement package. Innovations and new ways of improving quality of health care were introduced by Dr. Uehara to key personnel of Benguet province. They were trained on different EPQI tools in training/workshops conducted between November 2003 and January 2004. In this project, EPQI helped the hospitals to; 1) organize and train QA practitioners and advocates among health providers; 2) establish health system indicators for quality health assurance that is aligned with the standards in the PHIC Benchbook; 3) establish a QA program and encourage QA innovations; and, 4) achieve better health outcomes and satisfied health consumers.

Source: Quality Assurance Research Policy Development Group, PHIC

Training of Trainers on QAP and Benchmarking. In 2003, the APO, through the Productivity Development Center of the Development Academy of the Philippines (PDC-DAP), provided the expertise of Ms. Lucia Berte to PSQua in conducting training for trainers on Quality Assurance Program for hospitals. Moreover, in 2004, APO, in partnership with the Center for Knowledge Management of DAP (CKM-DAP), provided the services of Mr. Bruce Searles to assist PSQua to conduct a benchmarking project on patient safety with particular focus on medication error.

Source: Philippine Society for Quality in Healthcare (2004)

External support through foreign assistance. Although quality improvement program can be implemented in the face of scarce material, human and financial resources, the development of the quality improvement programs in the Philippines had the advantage of getting technical and financial assistance from foreign donors. Among others, SSM and the creation of PCAHO were outputs of assistance from USAID. PHIC on the other hand, was able to pilot test a QA tool called Evidence Based Participatory Quality Improvement (EPQI) System through the assistance of World Health Organization (WHO). This management system, introduced in the Philippines by a Japanese QA expert, Dr. Nauro Uehara, of Tohoku University's School of Medicine, is expected to promote continuous improvement in health care quality in hospitals. The APO, through the Development Academy of the Philippines, provided assistance to PSQua through technical experts in training trainers on quality assurance and implementing benchmarking in the health sector (See Box A3-2).

Acceptability of Quality Assurance Program. Another factor that facilitates the implementation and sustainability of quality improvement programs is acceptability to the health care providers. The implementation of PHIC Benchbook, for instance, is acceptable to health care providers that they are already using this as reference in establishing their quality improvement program even before PHIC uses this manual for accreditation purposes. Likewise, the implementation of SS Certification is still going strong six years after it was first established. Currently, around 1371 or 58% of the Rural Health Units (RHUs) or Health Centers (HCs) are SS Certified and 660 of these facilities or 48% are accredited by PHIC[22]. Program review of SS also showed that most of the providers perceived that there have been observed changes and improvement in the facilities immediately after the conduct of SS assessment and after receiving the SS Certification[23].

[22] DOH (2005), Taleon (2005)
[23] Lamberte (2003)

Table A3-3 Status of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Programs for Rural Health Units and Health Centers, September 2005

Total Number of RHUs/HCs	2,835
Total Number of SS Certified RHUs/HCs	1,375
Total Number of Non-SS Certified RHUs/HCs	1,010
Total Number of PHIC Accredited RHUs/HCs	841
SS Certified Facilities with PHIC Accreditation	660
SS Non-certified Facilities with PHIC Accreditation	181

Source: DOH (2005)

3-5 Challenges in the Implementation of Quality Improvement Programs

However, there are also challenges to the implementation of quality improvement initiatives. These range from organizational requirements, to harmonization of quality policies and to readiness of health care providers to start and sustain their quality program. All the respondents however agree that these problems are momentary setback and can be addressed in the future.

Organizational Requirements. Despite the initial gains of the quality programs in increasing the awareness of the health care providers to improve the quality of health services that they provide, both the DOH and the PHIC identified organizational strengthening and capacity building as barriers to full implementation of quality improvement program. In PHIC for instance, the experts on implementing the standards remain on contractual or consultant position while those who are permanent employees of PHIC still require capacity building both on quality tools and processes and on social marketing of the quality assurance program. Moreover, PHIC sees a need for a training institution that will provide training on quality to their accredited facilities.

The DOH on the other hand needs to mobilize and orient its representatives to the local government health boards in order to provide assistance to LGUs in implementing the quality improvement program at the primary health care facilities.

Harmonization of quality policies and processes. The respondents noted that one of the strengths of the quality improvement programs in the Philippines is the formulation of appropriate policies. However, harmonization between licensing and accreditation must be done and streamlining of these processes must be achieved. For example, the content of the accreditation policy of PHIC must not conflict with the licensing policies of DOH. Moreover, the certification awarded by SS and PCAHO must complement and not duplicate the one given by PHIC. At present, DOH and PHIC have separate standards for RHU/HCs and bother these institutions issue certification and accreditation separately. At Table A3-3 shows the discrepancy between SS-certified and PHIC accredited health centers. PHIC Circular number 30 series of 2001 however identifies SS certification as a requirement for PHIC accreditation.

Likewise the role of the different agencies and organizations that promote quality of health care must be defined and reconciled so that everybody contributes to the promotion of quality health care. For instance, PSQua can provide the training for health care providers prior to their application for accreditation. Similarly, PCAHO can also provide technical assistance to those providers who failed to pass the assessment for accreditation.

Readiness of health care providers. The readiness of the health providers to adopt quality improvement programs depends on their knowledge of the program, their technical capacity to implement it and the availability of the resources to implement the program. At present, many health providers, particularly the small hospitals are not ready yet to implement the PHIC Benchbook standards. In a study done to assess Sentrong Sigla program, 56% of the SS certified facilities are under the more affluent local government units, showing a bias for those LGUs who can provide financial support to their quality improvement efforts[24].

Lack of financial resources is also one of the cited barriers in implementing quality programs in DOH-retained hospitals. For instance, it is difficult to reduce the infection rate in hospitals if requirements for basic sanitary procedure like running water and washing facilities are not being maintained[25]. Financial resources are also critical in conducting research to establish and update the quality standards.

3-6 Lessons in Implementing Quality Improvement Program in the Philippines

Despite the relatively recent development and implementation of the quality improvement programs in the Philippines, few lessons can already be gleaned from its present form.

Policies on quality of care provide clear direction for its implementation. The quality improvement initiatives in the Philippines are articulated and supported by several policies ranging from legislation to PHIC and DOH policies and guidelines. These policy instruments provide clear directions to health care providers. Moreover, the organizational structure that will implement the quality improvement programs was identified.

However, the formulation of these policies may have been done too fast without the sufficient leveling off between the policy makers and the health providers. Quick development of policies may also lead to slow implementation since the health providers are not yet ready to comply with the standards.

Quality improvement is better implemented if linked with incentives. The experience of Sentrong Sigla Phase 1 showed the local officials and health providers could accept quality improvement program more readily if this is linked with some form of incentives. The assessment of SSM showed that 89.7% of the local government units included in the study were aware what the program was all about while 88.1% of the health workers perceived that there were observed changes and improvements in the health facility because of SSM[26]. In contrast, resistance from the providers was observed when quality improvement requirements are included in licensing conditions[27]. Considering these two lessons, the future quality improvement program in the Philippines will be linked with the PHIC accreditation and reimbursement of health insurance.

However, incentive must not be the over-all goal of quality improvement program. Coupled with increasing awareness on improving the quality of health care, orientation of the health providers on other benefits of implementing QIP must be done. These include, among others, increased client satisfaction, improved morale among the health facility staff and improving the health outcomes.

Sharing of quality improvement initiatives among health institutions increase the quality awareness of health providers. Many lessons have been learned and shared from quality improvement

[24] Lamberte (2003)
[25] Interview with Dr. Robert Enriquez
[26] Lamberte (2003)
[27] Interview with Dr. Beauty Palong-Palong

Table A3-4 Hospital Bill Collection, 2002-2004

Year	Number of Patients	Income Collected $US	% Increase
2002	23,049	52,454,171.82	
2003	20,075	71,561,560.00	26.7%
2004	19,515	103,391,892.85	30.8%

Source: QMMC (2004)

efforts implemented by individual facilities through the annual convention conducted by the PSQua. This yearly activity provides the venue to increase awareness for quality improvement in the health sector. It also encourages more health providers to adopt and implement their quality improvement programs.

Quality improvement can lead to better use of limited resources and increase in revenues. Health facilities developed their quality improvement programs because of limited financial resources. In QMMC, for example, along with their expanded and improved services, they have implemented a system to closely monitor and evaluate their patients' capability to pay, which led to increased collection. They also give proper advise to indigent patients so that these patients can apply for financial assistance from foundations and endowment funds[28]. Table A3-4 shows the increase in hospital income.

Increasing the awareness of the community for quality improvement in health care led to higher utilization. Through the implementation of Sentrong Sigla, there has been an increase in the awareness on quality health care among the clients of primary health facilities, the leaders of NGOs and community-based organizations, the LGU officials and the health providers. In a study to assess the impact of SS, 46% of the respondents reported that they sought services from the SSM certified facilities because of the perceived delivery of quality health services[29]. The common sources of information that the facilities were SSM certified include DOH representatives, health providers and LGU posters, banners and radio announcements.

3-7 Conclusion

The trigger factors that facilitated the development of quality improvement programs in the Philippine health sector continue to steer its progress. The devolution, which was the main reason for the development of SSM, continues to be an opportunity for local officials to pursue quality in the health services that they are mandated to provide. The Local Government Code that transferred the delivery of health services to the local government units is the same law that allows them to develop local health care system that is of quality, efficient and appropriate to their locality. There are on-going initiatives among LGUs to promote quality of health under the technical guidance of the DOH. On the other hand, the felt need for quality improvement, although a force that continues to promote QIP, especially among the DOH hospitals, must be a collective need in order to be sustainable. If only the leaders in the institution/organization felt the need for the QIP then the initiatives that are going strong now may not continue once the leaders leave their positions. Legislation and policies, although providing a more stable pressure to develop and sustain QIP, must be well disseminated in order to be effective. The mandate that these policies provide to the

[28] QMMC (2004)
[29] Lamberte (2003)

implementing agencies/offices is enough to ensure that QIP in the health sector will be sustained.

At present the current environment for the implementation of quality improvement program in the Philippines remains bright and hopeful, the gains from implementing these programs in the past few years look slow and uneven. However, the formulated policies and planned harmonized processes have yet to result to improvement in health outcomes. More leaders and proponents of quality health care must be identified and equipped; synchronized processes and procedures must be put into practice; appropriate investments to upgrade facilities and services must be done; and, implementation of the quality improvement program must be tracked and evaluated. Evaluating the quality improvement programs is particularly critical in order to see that the inputs and processes resulted to improved outcomes, and this will iteratively provide lessons for the next cycle of implementation.

References

Berwick, D. M. (2004) “Lessons from Developing Nations on Improving Health Care.” *BMJ*. 2004; 328:1124-9.

Blumenthal, David (1996) “Quality of Health Care: Part 1 Quality of Care- What is it?” *New Engl J Med*. 1996; 335(12): 891-894.

Brown, L. D., Franco, L. M., Rafeh, N. and Hatzell, T. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Quality Assurance Project. Bethesda, MD U. S. A.

Department of Health (DOH) (2003a) *Sentrong Sigla Volume 1: Handbook on Administrative Issuances and Directives*. Bureau of Local Health Development. Manila, Philippines.

———(2003b) *Rules and Regulations Governing the Accreditation of Hospitals Engaged in the Conduct of Kidney Transplantation*. DOH Administrative Order 81s 2003. Manila, Philippines.

———(2005) Sentrong Sigla Program Updates. Bureau of Local Health Development. August, 2005 (unpublished).

Lakshminarayanan, R. (2003) “Decentralization and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience.” *Reproductive Health Matters*. 2003; 11(21):96-107.

Lamberte, E. E. (2003) Sentrong Sigla: A Formative Assessment and Program Implementation Review. 4th Health Research for Action National Forum. Health Policy Development and Planning Bureau, Department of Health. Manila, Philippines.

Lieberman, S. S., Capuno, J. J. and Van Minh, H. (2005) “Deventralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines and Vietnam.” In: The World Bank. *East Asia Decentralizes: Making Local Government Work*. pp. 155-178.

Philippine Council on Accreditation of Healthcare Organizations (PCAHO) (2005) *Journey to Quality in Health Care through Certification/Accreditation*. 1st Annual Convention Manual. Manila, Philippines.

Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) (2003) *Promoting Quality health Care in the Philippines*. Paper presented to the 12th ASEAN Social Security Association Board Meeting. Brunei.

———(2004a) *Benchbook on Performance Improvement of Health Services*. Pasig City, Philippines.

———(2004b) Implementing Rules and Regulations of Republic Act 7875, as amended. Pasig City, Philippines.

———Duties and Responsibilities- Quality Assurance Research and Policy Development Group. (www.philhealth.gov.ph)

Philippine Society for Quality in Health Care (PSQua) (2004) *A Road Map to Achieving Quality*. 9th Annual Convention Proceedings. Mandaluyong City, Philippines.

Quirino Memorial Medical Center (QMMC) (2004) Annual Accomplishment Report 2004 (unpublished).

Reerink, I. H., Sauerborn, R. (1996) “Quality of Primary Health Care in developing countries: recent experiences and future directions.” *Int J Qual Health Care* 1996; 8:131-139.

Taleon, J. D. (2005) *Sentrong Sigla Report and Recommendations*. Powerpoint material presented to Harmonization of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Meeting. Manila, Philippines.

Annex A List of Respondents for the Key Informant Interview

Name	Designation/Organization
Dir. Maylene Beltran	Director VI, Health Policy Development and Planning Bureau, DOH
Dr. Robert Enriquez	Division Chief, National Center for Health Facilities Development, DOH
Dr. Francisco Soria	Medical Officer VI, Quality Assurance Research and Policy Development-PHIC
Dr. Beauty Palong-Palong	Division Chief, Quality Assurance and Monitoring Division, Bureau of Health Facilities and Services
Mr. Jose Basas	Chief Health Program Officer, Quality in Health Program, Bureau of Local Health Development, DOH
Dr. Rosalinda Arandia	Hospital Director, Quirino Memorial Medical Center
Dr. Angeles de Leon	Chief of Clinics, Quirino Memorial Medical Center

4. Quality Assurance and Clinical Governance in Bangladesh

Hasan, Aminul

4-1 Quality Assurance Programme

(1) Background

Quality Assurance Programme had been taken as a support service to improve health care quality under the leadership of separate line director in Directorate General of Health Services. Quality of Health care is of great concern to Ministry of Health and Family Welfare (MOHFW) for its commitment to maintain quality in all level of services. In HPSP (Health and Population Sector Programme, 1998-2003) period, it had been working under the leadership of Director General of Health Services forming a cell named Quality Assurance Cell (QAC) which were looking after the quality aspect of Health care services at all level (Public, Private, NGO). In HNPSP (Health Nutrition and Population Sector Programme, ongoing programme) document, it is proposed that the Quality Assurance Programme will continue the activities under a full time line director for the period 2003-2010.

(2) The intended activities for the quality assurance programme during HPSP were

a. Formation of National QAC.
b. Formation of National Quality Assurance Team.
c. Formation of Regional Supportive team.
d. Establishing in built QA mechanism in each primary, secondary and tertiary care facilities, establishing quality supervision and monitoring system at all level.
e. Review / development of quality management of protocols for National / District and Upazilla level.
f. Conducting surveys on consumers and providers perception of quality of care.

(3) Performance accounts till date

The programme developed standards on the following areas which includes the areas for hospitals services and for the field level preventive service as follows.

(4) Hospital services

OPD services: House keeping
IPD services: Drug management
Emergency services: Nursing services
Diagnostic services: Record keeping: Emergency Obstetric Care (EOC)

(5) Preventive services

Health education (BCC): Diarrhoea
EPI services: ARI
Limited curative care: Malaria
TB: Kala-azar
Leprosy: ANC

There were also some proposed areas:

OT management

Malnutrition

Infection control (Hand washing, waste management, etc.)

(6) Current situation

Quality of Health care provided in the country is generally believed as not good. The Nation wide service delivery survey (SDS-CIET survey) indicate public opinion about quality of health and family planning services provided by the government are not good. The perceived problem that has been identified are as Lack of medicine, long waiting time, poor service, bad attitude of the staff etc.

World Bank's project appraisal document (2003) reiterated the quality issues prevailing such as lack of medicines, long waiting time, bad attitude of the service provider to the poor. Poor people can not get good treatment without patronage relationship. Women again then in most disadvantaged position because of their less access to patrons and resources.

The document (PAD, 2005) also critically felt need of developing feasible and acceptable strategies for regulating and enforcing regulation of quality and volume for health services and pharmaceuticals.

The key quality issues that come up from current situation analysis are lack of medicine or poor quality medicine, bad service, bad staff attitude, difficult to reach, waiting time, inadequate seats for waiting, very brief consultation time, worse privacy arrangement, doctor's behavior towards patient, providers bad behavior towards the poor, cleanliness, unregulated services.

(7) Priority areas

a. Service improvement
b. Creation of positive staff attitude
c. Shortening of waiting time
d. Adequate seat for waiting
e. Adequate consultation time
f. Improving privacy arrangement
g. Improving doctors behavior towards patient
h. Cleanliness
i. Regulated service

(8) Priority activities of the OP

a. Reorganization of QAC including establishment of a resource centre.
b. Updating & dissemination of standards / Standard Operating Procedure.
c. Advocacy and orientation on QA.
d. Strengthening of National QAC and formation of regional Quality Assurance team.
e. Training on QA of manager and service providers at service delivery points.
f. Monitoring, Evaluation and Supervision of the standards which are on implementation.
g. Small scale yearly hospital and community based survey for finding out quality gaps and level of client satisfaction.

h. Workshop on QA policy decisions and strategy development.

i. Consultative meetings with other organizations related to quality issues and organization workings (GO, private and NGO) on health care quality.

j. Capacity building / staff development of QA staff associated with Line Director (LD) at DGHS through foreign training / study tour.

(9) Trigger factor

Implementation of Standard Operating Procedure (SOP)

Continuous resource mobilization

Monitoring and evaluation

(10) Strategy

In accordance with SIP (Strategic Implementation Plan), Quality Assurance will focus to provide quality health care services to the people appropriate to their special needs through setting standards, monitoring standards, regulating services and taking quality control measures.

The strategic implementation plan confirms government commitment to pro-poor health service provision where QA has direct role by improving service quality. It is speculated that outcome of actions such as improving bad service, changing bad attitude by service providers, changing behavior of physician towards poor, increasing consultation time etc.

QA action will be designed incorporation standards that will have responsiveness to gender based discrimination, violence against women and also to people with disabilities, elderly and other socially marginalized groups including HIV positive, AIDS patients.

QA programme also has its very alertness and sensitive to pro-poor health policy, policies for reducing health inequalities and stress on the importance of community and stakeholders participation. In every stage of its action QA programme will have its readiness to play a positive and supportive role with all theses strategic issues.

4-2 Clinical Governance Committee Strategic Statement

4-2-1 Objectives

Monitor and make appropriate recommendations on performance in all areas of Clinical Strategy.

Monitor the implementation of the Clinical Governance Strategy and Development Plan.

(1) Review and approve strategies for

Clinical Effectiveness

Clinical Audit and Research

Patient and Public Involvement

Education and Development

Clinical Risk Management

4-2-2 Key Areas

Receive report from and make recommendations to:

Clinical Effectiveness Group

On audit and research activity

Public and Patient Involvement Committee

Complaints and commendations

Patient and user surveys

Risk Management sub-committee

Identified areas of clinical risk.

Identified areas of prospective clinical risk associated with changes in practice.

Identifying and implementing risk treatment mechanisms (Including training and review of procedures and protocols).

Consider as standing agenda items:

①Communication Effectiveness

Ensure that changes to clinical practice are systematically disseminated to all relevant staff.

Consider the clinical implications of the Communications Strategy.

②Resource Effectiveness

Consider existing operational arrangements to enhance their Clinical Effectiveness (Right person, Right place, Right time).

Ensure a balance exists between the operational needs and the educational needs of the staff.

③Strategic Effectiveness

Consider changes in the overall strategy and how they impact on the Clinical Governance Development Plan.

Ensure that Clinical Governance issues inform the development of the overall strategic development.

(1) Clinical Performance and Evaluation

Intent: Clinical review monitoring evaluation and benchmarking of standards, guidelines, protocols, pathways which are evidence based.

Elements of Performance	Intent	Process
Standards	Based on best practice	Determined by department or unit based on evidence, college, expert opinion. Examples: - defined local, national, international - evidence based - protocol, policy - compliance with best practice protocols - correct use of treatment modalities - clinical pathway compliance

(2) Professional Development and Management

Intent: Professional Human Resource development and management.

Elements of Performance	Intent	Process
Demonstrated competency	Ensure professional competency	Credentialling (professional and technology) Performance development - JDF, policy, job expectations Performance management Competency assessment Clinical supervision Peer review College alignment
Research and Professional development	Ensure professional and ongoing learning	Teaching Education Education and guidelines for new procedures and techniques Research applications - ethics committee
Professional management	Ensure professional satisfaction	Professional practice growth Staff satisfaction Staff retention Professional satisfaction Development and education Safe staff ratio and skill mix Ongoing learning

(3) Clinical Risk Management

Intent: To minimize risk and identify improvement opportunities through measurement and review to ensure safety.

Elements of Performance	Intent	Process
Adverse events	Measure incidents	Incident monitoring Examples: - drug error - patient incidents - falls - IV and pressure ulcer surveys - Hospital acquired infection monitoring - Audit reporting - Self reporting
Risk profile	Monitoring trends for potential risks	Audit Review Clinical decision support tools – automatic flagging of high risk interventions - O, H and S - Medicolegal - FOI - Coronial enquiries - Autopsy results - Staff orientation - Clinical audit - Pressure ulcer surgical - Ongoing education - Identify high risk patients - Patient clinical risk profile - Consumer monitoring own care - Matching clinical responsibility with clinical ability

(4) Consumer Value

Intent: Clinical services will meet and manage consumer expectations and perception of value.

Elements of Performance	Intent	Process
Consumer participation	Ensure understanding needs and expectations	Involvement by Consumer Advisory Council Access, equity Patient charter (input and institute change) - roles and responsibilities Consumer advocates
Consumer value	Perception of value	Patient performance reporting Patient satisfaction surveys Patient complaints Patient compliments Trained customer service staff Customer friendly culture Customer service feed back Staff recognition – awards

4-2-3 Reporting Framework

To ensure a framework of assurance and review is established, accountability lines need to be developed within organizations, and in alignment with, Guiding Principles of Clinical Governance.

Processes for accountability need to be transparent and auditable and will include:

- Roles and responsibilities need to be defined to ensure accountability.
- Documentation at unit or department level, of process, measurement and agreed targets for the elements within each Performance Area.
- Documentation of investigations reviews, feed back and improvements at unit or departmental level.
- Generation of report to organizational Clinical Governance or Quality Committee. The report should contain evidence of measurement against targets for the elements within each Performance Area and be produced at regular intervals to assure transparency and accountability.
- Generation of report detailing outcomes for the CE/GM and subsequently for the Governing Body.
- Independent review and audit of processes defining accountability will provide transparency and assurance.

4-3 Reporting step

Step 1; Direction, Accountability. And practical arrangements
Step 2; Define where the organization is now
Step 3; Design and agree on the development plan
Step 4; Set in place internal and external reporting arrangement

Health service will be required to provide annual reports on their clinical governance structure and activities. In general, each annual report should answer the question.

Where did we start?
What progress have we made and how do we measure it ?
What are we planning to do next ?

Chapter-1
Quality Assurance

Introduction

Quality of care should be defined in light of both technical standards and patients' expectations. While no single definition of health service quality applies in all situations, the following common definitions are helpful guides:

Quality Assurance is that set of activities that are carried out to monitor and improve performance so that the care provided is as effective and as safe as possible (Quality Assurance Project, 1993).

The application of medical science and technology in a way that maximizes its benefits to health without correspondingly increasing its risks. The degree of quality is, therefore, the extent to which the care provided is expected to achieve the most favorable balance of risks and benefits (Avedis Donabedian, 1982).

The most comprehensive and perhaps the simplest definition of quality is that used by advocates of total quality management (W. Edwards Deming, 1982): "Doing the right thing right, right away." Experts generally recognize several distinct dimensions of quality that vary in importance depending on the context in which a QA effort takes place. The following nine dimensions of quality have been developed from the technical literature on quality and synthesize ideas from various QA experts. Together, they provide a useful framework that helps health teams to define, analyze, and measure the extent to which they are meeting program standards for clinical care and for management services that support service delivery. While all of these dimensions are relevant to developing country settings, not all nine deserve equal weight in every program. Each should be defined according to the local context and specific programs.

***Technical performance*:** The degree to which the tasks carried out by health workers and facilities meet expectations of technical quality (i.e., adhere to standards).

***Access to services*:** The degree to which healthcare services are unrestricted by geographic, economic, social, organizational, or linguistic barriers.

Effectiveness of care: The degree to which desired results (outcomes) of care are achieved.

Efficiency of service delivery: The ratio of the outputs of services to the associated costs of producing those services.

Interpersonal relations: Trust, respect, confidentiality, courtesy, responsiveness, empathy, effective listening, and communication between providers and clients.

Continuity of services: Delivery of care by the same healthcare provider throughout the course of care (when appropriate) and appropriate and timely referral and communication between providers.

Safety: The degree to which the risks of injury, infection, or other harmful side effect are minimized.

Physical infrastructure and comfort: The physical appearance of the facility, cleanliness, comfort, privacy, and other aspects that are important to clients.

Choice: As appropriate and feasible, client choice of provider, insurance plan, or treatment.

Why Quality assurance is important

Many countries have made considerable efforts to improve access to health services. However, public

health resources have been so stretched that the quality of services has declined markedly over the last decade. Policy makers have realised that health services of inferior quality do not promote equity or maximise health gain.

As a result of this, the public is becoming attracted more to private providers than to public health clinics and hospitals. For many reasons, such as low staff morale and reduced income, this has led to further declines in the quality and efficiency of public sector health services.

It remains a challenge to find innovative approaches that improve the quality of health service delivery. National QA Programmes are one way to improve standards, but strategies to implement QA at district and sub-district level are sometimes ill conceived or may not exist at all. This is surprising in view of the fact that health sector reform policies usually include quality as an explicit priority. Whilst greater decentralisation of responsibility and resources might allow enthusiastic districts to remedy this situation, staff need models of good practice to bolster morale and, indeed, improve their quality of care.

The questions are:

1. What is Quality Assurance in health care?
2. What kind of QA policy is needed to ensure good quality of care?
3. Can governments introduce an "off the shelf" QA package?
4. How can a QA policy be put into practice?

Why QA in health care

QA comes in many guises, and may be known as Total Quality Management, Continuous Quality Improvement, Clinical Audit, Clinical Governance or Quality Circles.

Quality of care has different meanings to different stakeholders, for example, doctors and patients. All QA systems should encompass three perspectives on quality:

- Clinical standards
- Performance management
- Client satisfaction

Hence there are usually several elements within the QA system, such as clinical audit, quality control of laboratory services, standards setting and client satisfaction surveys. These components do not have to be introduced simultaneously, but can be introduced as distinct packages.

What kind of QA policy ensures good quality of care

It has become fashionable for government health policies around the world to include statements on the quality of their health services. The QA statements usually reflect a concern for ensuring that health services are both cost-effective and responsive to public needs.

How can a QA policy put in to practise?

Implementing QA systems is as much a 'people' issue as a 'technical' one. Providers implementing QA should guard against over-ambition. They may wish to start by focusing on a single issue, then, as a quality culture develops in the health service, add additional elements to the QA programme.

Districts should be encouraged to develop their own QA initiatives that should be part of the annual work plan with their own budgets. Care should be taken to ensure that these initiatives are guided by national policies with nationally agreed standards and indicators of quality of care. Menus of practical options for QA strategies should be collected centrally and actively promoted to support weaker districts where QA development is not taking place. However, ownership by local service providers remains the secret to success in turning policy on quality of care into practice.

Interdisciplinary QA teams represent the best mechanism for driving the QA process and at least some of the team members should have managerial responsibility to take decisions that can directly influence service quality. However, for long-term sustainability QA must be integrated into the existing roles and responsibilities of all staff.

QA must be driven from both the bottom and top of the health system if it is become an integral part of the health delivery system. Resource people are required at national, regional and district level to support the QA process. External technical assistance can act as a catalyst for getting things started, especially if there is limited country expertise.

The role of **National level** is to advocate the importance of quality improvements strategies, and facilitate them locally by:

- providing resources
- co-ordinating training
- co-ordinating standards of care

A national QA committee would be an appropriate body to have this responsibility. The committee could also support district development by requiring quality of care to be included in the training curriculum of all health service workers, so that a culture of quality is fostered in the health service community, both public and private.

At **Regional level** a quality strategy group should monitor quality and provide supportive supervision to districts. A regional training programme should reflect the national strategy with quality indicators and standards based on regional priorities.

At **District level** a quality steering team should support facility-level quality improvements. To support consistent goals for quality across the district, this quality steering team should facilitate effective communications between primary and secondary level facilities.

At **Facility level** an interdisciplinary QA team should be responsible for continuously monitoring, assessing and improving quality. Each facility should have targets for its services in line with regional standards. Teams should be able to re-allocate resources according to priorities and planned interventions.

Chapter-2
Clinical Governance

Introduction

Clinical Governance is a systematic and integrated approach to assurance and review of clinical responsibility and accountability that improves quality and safety resulting in optimal patient outcomes.

Guiding Principles

Clinical Governance has been adopted to assure delivery of optimal patient outcomes. Principles encompassing fundamental values have been developed to guide and direct the adoption of Clinical Governance. A unified response to these principles are demonstrated through improved performance.

- Patient Outcome based
- Clinical Leadership and Involvement
- Information and Data Based
- Sustainable
- System-wide Approach
- Learning Culture
- Partnerships

Patient Outcome Based

- Patient/consumer outcomes need to be the primary focus in health service delivery decision making.
- Ensure patient rights are valued and respected through participation and input.

Clinical Leadership and Involvement

- The continuous improvement of quality and safety needs to be clinician led with clinician involvement at all levels.
- Ensure transparent responsibilities and accountabilities are defined and accepted by clinicians at all levels.
- Clinicians need a commitment to quality and safety of patient management outcomes.
- Shared responsibility and co-operation across health care team.

Information and Data Based

- Ensure integrity and relevancy of data collection with the assurance of timely responsive feed back or access to data and information.
- Emphasis on clinician defined data requirements, interpretation analysis and improvement.
- Focus on the development and understanding of trends, minimizing variation and comparative analysis.

Sustainable

- Resource allocation decisions need to ensure that professional and technical requirements are met.
- Commitment to continue with the resources required, despite lack of external funding (in the future).

Transferable across Sites (System-wide Approach)

- A systematic and system-wide approach will ensure consistency of review and assurance.
- Focus on the development of partnerships across the system.

Learning Culture

- Support the creation of a culture that supports, promotes and encourages continuous learning in pursuit of excellence.
- Clinicians need a commitment to quality and safety of patient management and outcomes.
- Shared responsibility and co-operation across health care team.
- Ensure the development of a safe environment creating a 'no blame' culture which is open, transparent and encourages questioning.

Partnerships

- Partnerships and alignment with Colleges, Universities and appropriate agencies are developed to maximize the effectiveness of healthcare delivery.

According to WHO there are four dimension of Clinical Governance

- Professional performance
- Resource use
- Risk management
- Patient satisfaction

Performance Areas

- Clinical Performance and Evaluation
- Professional Development and Management
- Clinical Risk
- Consumer Value

Foundation Stones of Clinical Governance

These are the attributes of the organization on which successful Clinical Governance is dependent. It is the responsibility of management to see that these attributes characterise the Trust.

Teamwork: Management and everyone who works in the organization whether clinical or non-clinical are committed to the aims of Clinical Governance.

Communication: Effective two-way communication exists within the organisation as well as between the organisation and its partners in the local health community. Communication should also exist between the organization and its patients and the public at large.

Ownership: Good ideas, whatever their origin, should be valued and incorporated in the Clinical Governance Strategy and Development Plan so that these are 'owned' by all members of staff.

Leadership: It is the responsibility of the leadership of the organization to develop a long term strategy to improve the quality of clinical care. This should build on the desire of individual staff members to

provide high quality clinical care and foster an environment in which clinical excellence can flourish.

Systems awareness: The organization must recognize the importance of enveloping structures within which Clinical Governance can operate. It must also recognize the role systems play in hindering as well as facilitating good clinical care. Criticism should generally be leveled at systems and not individuals.

略　歴

長谷川　敏彦（はせがわ　としひこ）

学　　歴：大阪大学医学部卒業（1972年）
ハーバード大学公衆衛生大学院修士修了（1981年）
公衆衛生学修士、医学博士

現　　職：国立保健医療科学院政策科学部長
臨床経済研究会理事
医療マネジメント学会理事
日本ストレス学会理事
病院学会理事

略　　歴：1948年生まれ。日本及び米国での臨床医勤務後、厚生省健康政策局計画課長補佐、国立がんセンター運営部企画室長、国際協力事業団医療協力部医療協力課長、厚生省九州地方医務局次長、国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長を経て現職。

著　　書：『病院経営戦略』医学書院（編著）、『病院経営のための在院日数短縮戦略』医学書院（編著）、『病院システムと医療機器、医療機器の基礎知識』財団法人医療機器センター、『クリティカル・パスと病院マネジメント』薬業時報社（企画・監修）、『International Symposium on Health Transition and Health Sector Reform in Asia』NIHSM、『医療界に押し寄せる革命的潮流：医療白書2000年度版』日本医療企画、『医療供給システムの機能および構造変化：［通史］日本の科学技術1980-1995』学陽書房、『医療制度・経済からみた総合診療：最新内科学大系－総合診療』中山書店など。